



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **ENFERMEIRO ESPECIALISTA: APRENDENDO E EVOLUINDO...**

**Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica**

**Por: Ana Paula Teixeira da Costa**

**LISBOA, Abril de 2011**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **ENFERMEIRO ESPECIALISTA: APRENDENDO E EVOLUINDO...**

**Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica**

**Por: Ana Paula Teixeira da Costa**

**Sob orientação de Prof. Patrícia Pontífice de Sousa**

**LISBOA, Abril de 2011**

*“Se os cuidados de enfermagem são a atenção prestada a uma pessoa por uma enfermeira ou por um enfermeiro com vista a ajudá-la, utilizando, para concretizar essa ajuda, as competências que fazem deles profissionais, é na aquisição e no desenvolvimento dessas competências, que definem o enfermeiro...”*

**W. Hesbeen**

## AGRADECIMENTOS

À Professora Patrícia Pontífice e Sousa,  
pelo seu apoio contínuo, disponibilidade, preocupação, incentivo,  
crítica e persistência na orientação desta jornada;

Às Enf.<sup>a</sup> Supervisoras  
do Hospital da Luz e do Hospital Distrital de Faro  
o meu muito obrigado pela permissão dos respectivos estágios;

Aos Enfermeiros Chefes  
da Unidade de Cuidados Paliativos e da Unidade de Cuidados Intensivos  
Polivalente, o meu agradecimento pela forma carinhosa como me acolheram;

Às Enf.<sup>a</sup> orientadoras,  
o meu profundo obrigado;

À *minha família*,  
agradeço a paciência, o apoio incondicional  
e toda a ajuda prestada durante esta etapa, que foi sentida por todos.

**Muito Obrigada**



## CHAVE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

### ABREVIATURAS:

Enf<sup>a</sup>(s) – Enfermeira(s)

Enf<sup>o</sup>(s) – Enfermeiro(s)

Esp. – Especialista

n.<sup>o</sup> - número

### CHAVE DE SIGLAS

ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos

CHBA – Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

EMC – Enfermagem Médico-cirúrgica

HDF – Hospital Distrital de Faro

HL – Hospital da Luz

ME – Módulo(s) de Estágio(s)

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

## **RESUMO**

O Presente trabalho, apresenta-se como o culminar do estágio realizado, no âmbito do Curso de Mestrado Em Enfermagem de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, do Instituto da Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, de Lisboa. Este relatório, o qual intitulei de “Enfermeiro Especialista: Aprendendo e Evoluindo” pretende demonstrar que o desenvolvimento de competências é um processo contínuo.

A complexidade e a evolução constante dos cuidados de saúde, mais especificamente os cuidados de enfermagem, colocam os profissionais da área numa constante actualização de forma a irem ao encontro das necessidades dos doentes/famílias. O desenvolvimento de competências na área médico-cirúrgica é muito abrangente. Não se trata apenas de desenvolver competências na área do doente/adulto em estado crítico, mas também no idoso em todas as suas vertentes (doença grave em situação de risco de vida e o final de vida, mediante as escolhas de cada um, também é contemplado).

Realizei, durante este estágio, apenas, dois módulos de contornos muito distintos, tendo adquirido competências de intervenções especializadas em duas áreas bastante diferentes: o doente em fase paliativa da doença, e o doente crítico com falência multiorgânica. O objectivo era claro: exercer uma prática com resultado na excelência dos cuidados ao doente/família em diferentes contextos. Ambos os módulos proporcionaram-me o desenvolvimento de competências numa prática avançada. A reflexão...

A Unidade de Cuidados Paliativos presenteou-me com um leque de oportunidades para desenvolver, integrar e aperfeiçoar saberes e competências especializadas na área do doente em fim de vida. Constituiu uma base de formação imprescindível. A amplitude e diversificação das experiencias nesta área foi imensa. A comunicação é imprescindível em qualquer relação terapêutica, no entanto em cuidados paliativos esta é a base de todo o processo.

A Unidade De Cuidados Intensivos Polivalente facultou-me o desenvolvimento de conhecimentos específicos do doente/família em fase crítica. Neste contexto programei, executei e avaliei cuidados de enfermagem directos e globais ao cliente crítico com base na metodologia científica. A mobilização de conhecimentos teórico práticos, não descurando o principal: cuidar tendo em conta a globalidade do doente/família neste contexto.

A reflexão da diversidade/complexidade de situações é uma constante neste trabalho, sendo a base para a evolução: aprendendo e evoluindo nos saberes.

## ABSTRACT

This paper is the culmination of internship carried out within the Framework of the Master's course of Professional Nature Nursing, in Medical Surgical Nursing specialization area of the Portuguese Catholic University Health Sciences Institute in Lisbon. This report, which I entitled "Specialist Nurse: Learning and Evolving" intends to demonstrate the continuous process of skills development.

The health care constant evolution and complexity, the nursing care must specifically, places healthcare professional in a constant knowledge updating in order to meet the needs of patients/families. The medical-surgical skills development is a very broad area. It's not only the patient/adult in critical condition area skills development but also the elderly in all its aspects (at risk of life serious illness and, by one's choice, end of life).

I've just done two very distinct modules of training during the stage but acquired specialized interventions skill in two very different areas: the palliative phase patient diseases and the multi-organ failure critical patient. My goal was clear: patient/family in different contexts excellence care. Both modules provided me with practical advanced skill development. Reflection...

The Palliative Care Unit offered in the patient in end of life area a range of opportunities to develop, integrate and enhance knowledge and expertise. This also formed an essential training baseline. The experiences breadth and diversification area was immense. In any relationship therapy communication is essential, in palliative care however is the foundation of the entire process.

The Polyvalent Intensive Care Unit gave me a patient/family in critical phase specific knowledge development. In this context I've scheduled, ran and evaluated customer based on scientific methodology direct and global critical care. In the patient/family practical and theoretical knowledge without neglecting the primary-care mobilization is taking into account.

By being the basis for evolution: learning and evolving in knowledge in this paper diversity/complexity situations reflection is a constant.

## ÍNDICE

	Pág.
0 – INTRODUÇÃO .....	8
1 – APRENDENDO E EVOLUINDO .....	13
1.1 – MODULO III – UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS .....	13
1.2 – MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE.....	30
2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	50
Anexo I – “Exaustão Familiar – Índice de Zarit uma necessidade” .....	55
Anexo II – Acção formação Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit.....	88
Anexo III – Poster informativo às visitas da UCIP.....	95
Anexo IV – Newsletter .....	98
Anexo V – Newsletter - uma aposta na formação .....	105
Anexo VI – Alimentação Entérica - um consenso para prática.....	112

## 0 – INTRODUÇÃO

**“Aquilo que vale a pena ser feito  
vale a pena ser bem feito”**

**Claus Moller**

A enfermagem é uma “arte” em constante evolução. O emergir de novos conhecimentos científicos é uma constante e durante todo o nosso percurso profissional temos que, passo a passo, acompanhar esta evolução contínua. O saber, a actualização e o desenvolvimento, reflectem o nosso crescimento profissional, assim como o pessoal, tendo repercussões na nossa forma de estar e ser na profissão. O reconhecimento social da profissão de enfermagem como sendo autónoma e independente, está directamente relacionado com a intervenção dos enfermeiros através do seu desempenho profissional competente e de qualidade.

A Enfermagem na área de médico-cirúrgica sempre me suscitou grande interesse, dada a sua abrangência, é aquela que na minha opinião mais se evidencia no actual panorama das especialidades de enfermagem. Acredito convictamente que a prática do exercício profissional da enfermagem deve-se sedimentar cada vez mais em conhecimentos científicos válidos e relevantes.

É desta constante necessidade de fomentar os saberes e competências, quer na aquisição e consolidação de novos conhecimentos, quer no aprofundamento e desenvolvimento de outros que surge a minha necessidade, tanto profissional como pessoal, da frequência dos estudos a nível da área de especialização em Médico-Cirúrgica. Contribuir para a excelência dos cuidados de enfermagem, tendo sempre em primeiro plano as necessidades e especificidades dos clientes/família é sem duvida o meu grande objectivo profissional. Encontrando-me na fase final, isto é a realização deste relatório, que é nada mais nada menos que a descrição crítica das minhas actividades/práticas e competências adquiridas ao longo dos diferentes módulos de estágios.

O presente relatório irá ser um instrumento de avaliação que pretende dar a conhecer textualmente o modo como decorreu o estágio onde expressarei toda a aprendizagem, desenvolvimento profissional/pessoal bem como uma reflexão contínua ao trabalho desenvolvido com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Pretende, ainda, comunicar como foi realizado este processo evolutivo, expondo minuciosa e circunstanciadamente todos os factos ocorridos. Tem como finalidade relatar as experiências acumuladas durante este período de tempo, assim como os resultados obtidos.

Qualquer profissional que pretenda prestar cuidados de saúde especializados, de forma direccionada e particularmente possível, tem de utilizar duas linhas de conhecimento que,

sendo paralelas, complementam-se entre si: a teoria e a prática. Assim, depois de ter teorizado sobre a matéria é fundamental pôr tais estudos em prática.

O relatório de estágio que se segue, intitulado **“Enfermeiro especialista: Aprendendo e Evoluindo”** surge no âmbito do 3º Curso de Mestrado Em Enfermagem de Natureza Profissional Área: Especialização Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. O estágio é uma unidade curricular à qual correspondem 30 ECTS, encontrando-se dividido por 3 módulos, cada um com 10 ECTS e 180 horas de duração. Modulo I (10 ECTS) – Serviços de Urgência; Modulo II (10 ECTS) – Cuidados Intensivos/Intermédios; Modulo III (10 ECTS) – Opcional, onde o aluno pode optar por uma das diferentes áreas, em função do seu projecto profissional, como Infecção Hospitalar, Assistência Pré-Hospitalar - INEM, Enfermagem Geriátrica. O estágio surge como elo de ligação entre as várias unidades curriculares e deverá espelhar todo um universo de conhecimentos desenvolvidos a nível do primeiro semestre, demonstrando a sua flexibilidade de aplicação, motivada à prática, com a finalidade de aperfeiçoar e construir competências para a assistência de enfermagem avançada ao cliente.

O estágio que realizei, excluindo a creditação que me foi dada, teve início no módulo III – opcional. Neste âmbito optei pela área dos cuidados paliativos que decorreu no HL, de 19/04 a 19/06 de 2010. Em Setembro iniciou-se o módulo II no HDF, na unidade de Cuidados Intensivos que se realizou de 27 Setembro a 12 de Novembro. As escolhas não foram difíceis. A primeira por ser uma área para mim de extrema importância - cuidar de doentes/famílias na fase final da vida, proporcionando conforto, acompanhamento e qualidade de vida. Neste âmbito a UCP do HL é tida como excelente, motivando a minha opção. O facto de ser longe da minha área de residência, dificultou um pouco, no entanto excedeu as minhas expectativas. A área da segunda escolha é de obrigatoriedade. Assim, por não ter bolsa ou qualquer outro tipo de recurso para efectuar o estágio, optei por um local mais perto da minha residência, de forma a poder conciliar com o meu local trabalho.

O exercício da minha experiência profissional teve início em 1995, há 16 anos, sendo graduada há 8 anos. Desde 1 de Setembro de 2000 até à presente data que exerço funções no serviço de Urgência Geral do CHBA. Ao longo destes últimos 10 anos, além da prestação de cuidados ao doente/família em contexto de urgência, com todas as suas especificidades, sou responsável pela equipa de enfermagem do turno da manhã, fui responsável pela formação em serviço, em finais de 2004. Com a reestruturação do serviço, em 2004, fui nomeada responsável de enfermagem pela área de atendimento a adultos. Actualmente exerço funções de substituição da enfermeira chefe, na sua ausência. Por estes motivos foi-me dada creditação ao Modulo 1- Serviços de Urgência. A minha experiência profissional e relacional confere-me competências já adquiridas. As áreas da gestão de cuidados, supervisão do exercício profissional, promoção da formação em serviço, integração de novos elementos são, deste modo, objectivos já alcançados que podem ser sempre aperfeiçoados. O saber não é

fechado, a evolução tem que ser uma constante e podemos e devemos em qualquer altura contribuir para a sua melhoria.

Com estas opções contactei com contextos assistenciais diferenciados no sentido de adquirir diversas competências especializadas nesta área. As minhas motivações para este estágio assentaram numa grande expectativa de aprendizagem e enriquecimento profissional e pessoal já que se tratam de contextos assistenciais diferentes daqueles em que tenho exercido a minha actividade profissional. Trouxe comigo, e para a minha instituição, novas e enriquecedoras experiências assim como novas atitudes tendo sempre presente um denominador comum: o doente/família no domínio dos cuidados de enfermagem:

- ❖ A função de ajuda
- ❖ A função de educação, de guia e orientação
- ❖ A função de diagnóstico e de acompanhamento do doente
- ❖ A tomada a cargo eficaz de situações de evolução rápida
- ❖ Assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados

Através desta experiência de interacção e observação por mim planeada e executada, desenvolvi competências de intervenção especializada, que me possibilitam trabalhar com mais saber e contribuir assim para a melhoria do bem-estar do doente no que aos cuidados de enfermagem especializados diz respeito.

Inicialmente elaborei um projecto de estágio onde planeie objectivos, delinee actividades consoante a especificidade de cada módulo. Este foi no entanto reformulado consoante os mesmos iam iniciando, tendo em conta a especificidade de cada local de estágio e das suas necessidades. No final de cada módulo organizei um portefólio onde descrevi as actividades desenvolvidas, de forma a atingir os objectivos inicialmente propostos. Importa realçar que a elaboração destes documentos foi deveras importante para a composição deste relatório final. No entanto, embora já exista uma síntese das actividades desenvolvidas, assim como das vivências, é importante criar um certo distanciamento para podermos evoluir/progredir no nosso próprio crescimento profissional.

A fundamentação foi uma presença constante quer na elaboração dos portefólios quer na elaboração deste trabalho final. É indispensável argumentar de forma consistente as escolhas, permitindo a reflexão. A reflexão da prática profissional e do saber científico, visando a excelência do cuidar, surgem da consciência de que são imprescindíveis e devem ser desenvolvidos de forma contínua, sistemática, actualizada e autónoma permitindo fundamentar as nossas decisões. A evolução de uma profissão é possível apenas se existir reflexão dos actos, das práticas, tentando, deste modo, contribuir para o crescente desenvolvimento da mesma.

A evolução a nível técnico científico na área dos cuidados de saúde, é uma realidade com que todos os profissionais se deparam, e face à qual desenvolvem respostas de modo a prestarem os melhores cuidados. A evolução da ciência e tecnologia acarreta maior responsabilidade e exigência, face à realidade de cuidados mais complexos. O enfermeiro enquanto prestador de cuidados à Pessoa, tem necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver habilidades de forma a dar resposta a situações complexas, estabelecendo nesse sentido, prioridades de intervenção ao cliente e à família.




Tendo presente o Código Deontológico dos Enfermeiros, art. 88 referente à excelência do exercício, sabemos que a sua alínea c) nos orienta para “manter a actualização contínua dos (...) conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas”.

Paralelamente a esta busca e desenvolvimento de conhecimentos, existem Padrões de Qualidade emitidos pela Ordem dos Enfermeiros, que constituem um instrumento relevante de orientação para a prática dos cuidados de enfermagem, assim como referem nos seus Enunciados Descritivos, relativos à organização dos cuidados de enfermagem: “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”.

Em 2007, a Ordem dos Enfermeiros, anuncia que Enfermeiro Especialista é “... aquele que aplica níveis superiores de julgamento e discernimento na Tomada de Decisão, assume o papel de prestador de cuidados diferenciados, mas também de supervisor e consultor para os colegas e outros elementos da equipa de saúde.”

Ser enfermeiro especialista implica uma prática/exercício profissional onde predominam competências especializadas adequadas às necessidades específicas da pessoa em cuidados de enfermagem, sendo reconhecido como um prestador de cuidados num campo de intervenção particular da enfermagem.

Importa pensar nos objectivos que são fundamentais esboçar para permitir a compreensão deste importante trabalho. Os objectivos delineados para cada estágio são essenciais, mas para este relatório traço os seguintes objectivos:

-  Descrever as actividades desenvolvidas reflectindo sobre as mesmas;
-  Analisar o trabalho desenvolvido em cada módulo;
-  Avaliar as competências adquiridas.

Tendo em conta as exigências do enfermeiro especialista planeei este relatório com a seguinte estrutura (não descorando todas as indicações fornecidas para a sua elaboração): No desenvolvimento apresento os 2 ME realizados, de uma forma cronológica. Aqui apresento os objectivos traçados, as actividades desenvolvidas, reflectindo sobre as mesmas, utilizando a pesquisa bibliográfica para a sua fundamentação, ainda neste capítulo são apresentadas as



competências adquiridas. Para terminar apresento uma conclusão e em anexos coloco os documentos relevantes ao longo deste percurso de desenvolvimento e aprendizagem.

## 1 – APRENDENDO E EVOLUINDO

**“Ser o que somos e tornarmo-nos aquilo que somos  
capazes de ser, é o único objectivo da vida”**

**Robert Stevenson**

Cada aluno é responsável pelo seu processo de formação e dirigente da sua própria aprendizagem. Toda a formação visa o desenvolvimento de competências nos vários domínios do conhecimento, o que pressupõe que façamos uma reflexão sobre as nossas acções, pois ao meditarmos iremos compreender a razão da nossa aprendizagem. “O valor de uma profissão não pode basear-se senão na valorização do seu conteúdo profissional, do seu contributo específico e insubstituível para a saúde da população”. (Hesbeen, 2000:75)

Neste contexto, irei descrever e reflectir os diferentes módulos desenvolvidos. A reflexão sobre o meu desempenho diário permitiu-me consolidar conhecimentos. A aprendizagem é um processo de formação, contínuo que visa posteriormente por em prática conhecimentos fiáveis, credíveis e científicos. Como nos refere COLLIÉRE (1999: 202) a formação deve ser acompanhada de reflexão. Desta forma, estamos aptos a difundir o conhecimento de forma a ir de encontro às necessidades das pessoas. Foi de grande pertinência a aquisição de novos saberes sobre estas 2 áreas tão distintas – o doente paliativo e o doente em fase crítica.

### 1.1 – MODULO III – UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

***“O senhor é importante por ser quem é.  
Continua a ser importante até o último dia  
da sua vida, e faremos tudo quanto  
pudermos, não só para que morra em paz,  
mas para que viva até morrer.”***

***Cicely Saunders***

Os Cuidados Paliativos constituem uma intervenção técnica, humanizada e global no sofrimento associado à doença em fase avançada, pelo que são um direito inalienável de todos os seres humanos. Na sociedade actual falar explicitamente da morte e da finitude do ser humano é algo de mórbido para muitos. Esta negação faz com que os doentes em fase terminal experimentem a solidão - uma solidão interior. O doente, pelo facto de não partilhar com os seus entes queridos que vai morrer, independentemente do motivo que o leva não fazer, sofre, sente-se só, pois não lhe é dada a oportunidade de se organizar e de assumir o controlo da sua própria vida até à morte. Lidar com a morte e todo o processo de sofrimento até à morte, não é algo de fácil concretização.

Os doentes em fase terminal ou com uma doença crónica progressiva, quando seguidos por uma equipa que os atende e cuida de uma forma global, estão mais disponíveis para si próprios e para encontrar algum sentido na sua vida. Por outro lado, o convívio com estes doentes também fornece aos profissionais de saúde pequenas histórias que não são mais do que grandes lições de vida e para a vida. Os cuidados paliativos constituem uma área onde existe um contacto muito íntimo com as dificuldades e emoções humanas.

Os cuidados paliativos constituem uma componente importante dos cuidados de saúde. São dirigidos a uma fase muito especial da vida. Esta etapa final da vida comporta necessidades especiais, quer para o doente quer para a sua família. Os cuidados paliativos são destinados a pessoas, independentemente da doença de base ou da sua idade. Utentes sem potencial curativo e que sofram de doença oncológica, SIDA, demências, doenças neurológicas degenerativas e alguns grupos de doentes com insuficiência crónica de algum órgão são o alvo do cuidar. Importa realçar que durante o meu percurso nesta área mantive contacto, quase em exclusivo, com uma faixa etária mais velha – idoso em fase terminal.

Hoje, o envelhecimento progressivo da população e o conseqüente crescimento do número de doentes dependentes da ajuda de terceiras pessoas constitui-se como uma realidade da nossa sociedade, exigindo das organizações respostas cabais a esta problemática. O cidadão e a sociedade são a razão de existir do sistema de saúde. Qualquer um destes elementos é essencial para a melhoria da saúde.

O fenómeno do envelhecimento decorre das sociedades desenvolvidas, da conquista em termos da melhoria da qualidade e conseqüente aumento da esperança de vida. Contudo, a par destas mudanças e transformações, no plano social fomos assistindo a uma multiplicidade de fenómenos, que inevitavelmente mudaram definitivamente os modelos de organização social. No que concerne às alterações sociológicas, verificamos a ocorrência de profundas mudanças na estrutura familiar. O modelo de família alargada rural, cede lugar à família nuclear urbana, sendo este o mais preponderante, tendo, permanentemente, vindo a adaptar-se às exigências de uma sociedade em transformação. Exemplo desta mudança e transformação social é, sem dúvida, a entrada da mulher no mercado de trabalho, com todas as implicações que isso introduziu nas dinâmicas familiares.

Doentes em fase terminal sempre existiram, e irão existir eternamente, pois se existe uma certeza que cada ser vivo apresenta no dia em que nasce, é que um dia tudo irá terminar, não sabendo no entanto, como ou quando será esse final. Numa sociedade cada vez mais industrializada e vanguardista nas últimas tecnologias parece-me premente dizer que, hoje em dia, ainda não conseguiram inventar a máquina do cuidar, a máquina que toca e nos dá a palavra amiga quando sentimos necessidade. Assim a formação de profissionais para prestar

esse último apoio a quem está a partir é uma necessidade que se impõe para que seja possível um cuidar com qualidade.

Os utentes com doenças crónicas, para as quais não existe cura, mantêm a necessidade de cuidados – sustentado por esta perspectiva surge o movimento Hospice, que encontrou no St. Christopher's Hospice, fundado por Cicely Saunders em 1967, o seu marco mais expressivo. Não obstante, a designação cuidados paliativos surge apenas em 1975 com Balfour Mount, fundador do Palliative Care Service no Royal Victoria Hospital de Montreal. (Gonçalves, 2002). Actualmente, os avanços da medicina curativa facilitam o aumento da esperança média de vida e, consequentemente, o acréscimo do número de pessoas idosas, no entanto, esta adição de anos à vida nem sempre é sinónimo de qualidade e de bem-estar; observa-se, em simultâneo, uma elevada afluência de doentes com doenças crónicas e progressivas aos serviços. (ANCP, 2006)

A circular normativa nº 14 da Direcção Geral de saúde, de 13 de Julho de 2004, apresenta o Programa Nacional de Cuidados Continuados, integrado no Plano de saúde 2004-2010, e aprovado em 15 de Junho de 2004 por Despacho de Sua Excelência o Senhor Ministro da Saúde.

Neste contexto surge a necessidade real de cuidados paliativos, o que leva a OMS a reconhecer a sua importância e a defini-los, em 2002, como:

“uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problema decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado, e/ou doença grave (que ameaça a vida), e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais.” (ANCP, 2006:2)

Nesta linha de pensamento surgem os princípios dos cuidados paliativos:

- Controlo da dor e de outros sintomas associados, devendo o doente ter acesso a toda a medicação imprescindível para esse efeito;
- Defesa da morte como um processo natural (não antecipam nem adiam a morte) e incentivam o utente a manter-se o mais autónomo possível, trabalhando para um bem-estar físico, psíquico e espiritual;
- Negação da aplicação de tratamentos e procedimentos fúteis e dolorosos, promovendo a qualidade de vida e o conforto físico, emocional e espiritual;
- Visão do ser humano como um ser holístico;
- Promoção e capacitação dos doentes para viverem tão activamente quanto possível estabelecendo objectivos e prioridades;
- Integração da família no tratamento, e apoio na gestão da doença e do luto;
- Obrigatoriedade de trabalho em equipa multidisciplinar, entreaajuda, boa comunicação e promoção de reuniões frequentes;

- Promoção da melhor qualidade de vida possível até ao final, tendo em conta que a mesma é relativa e que só o doente pode defini-la e adaptá-la;
- Possível aplicação numa fase inicial de doença concomitantemente com as modificações da mesma e com as terapias que prolongam a vida. (Neves, 2000)

Para além destes princípios existem três componentes essenciais: 1. Alívio sintomático, 2. Apoio psicossocial, 3. Trabalho em equipa; e quatro princípios cardinais: 1. Respeito pela autonomia e escolhas do doente, 2. Fazer o bem, 3. Minorar o mal, 4. Justiça, tendo por base o respeito pela vida e a morte como inevitável. (Twycross, 2003)

Actualmente a morte ocorre cada vez mais em contexto hospitalar. Verificou-se uma mudança importante de realidade nas últimas décadas, as pessoas estão cada vez mais ocupadas, as famílias mais afastadas e as possibilidades de ter um doente em casa são diminutas. Neste contexto, os profissionais de saúde assumem um papel importante no acompanhamento destes doentes e na promoção da sua dignidade até ao final. (Lumini, 2007)

O código deontológico do enfermeiro Artigo 87.º – do respeito pelo doente terminal:

O enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de:

- a) Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida;
- b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal da vida;
- c) Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.

Após esta breve introdução, onde apresento uma pesquisa bibliográfica sobre a temática e a sua importância, entro no estágio propriamente dito. Como já referi anteriormente este campo de estágio foi de livre escolha. As minhas motivações foram adquirir/aprofundar competências nesta área tão imprescindível, mas com pouca visibilidade exterior. O conceito de paliativo é sempre ou quase sempre sinónimo de fracasso para os profissionais de saúde em geral. O ensino, nesta área, está neste momento a desabrochar e é uma realidade muito recente mas, no meu entender, terá que ser mais abrangente. Cuidar do um doente/família desta natureza é um desafio em termos de “saúde”.

## UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS - HOSPITAL DA LUZ

Assistir os pacientes a vivenciarem o processo *de morrer* e a própria morte leva-nos ao encontro de novas maneiras eficientes para que os doentes, portadores de doença terminal, possam ser assistidos de forma mais humana e digna. Contudo, os cuidados paliativos têm por objectivo melhorar a qualidade de vida de um doente terminal e da sua família, nos últimos dias, semanas ou meses da existência daquele.

A comunicação constitui um pilar fundamental em Cuidados Paliativos, e pode ser vista como uma arma terapêutica vital que tem o poder de fortalecer a relação do profissional de saúde com o doente e a sua família/pessoas significativas. Esta tem que ser eficaz e ir de encontro às necessidades dos doentes/famílias. A sua eficácia pode promover a autonomia dos doentes, a adesão ao tratamento, contribuindo desta forma para a sua qualidade de vida. A família necessita de uma comunicação activa indo de encontro às suas necessidades específicas.

O Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2004: 4) define que:

"O objectivo dos cuidados paliativos é assegurar a melhor qualidade de vida possível aos doentes e sua família. A família deve ser activamente incorporada nos cuidados prestados aos doentes e, por sua vez, ser, ela própria, objecto de cuidados, quer durante a doença, quer durante o luto.

Para que os familiares possam, de forma concertada e construtiva, compreender, aceitar e colaborar nos ajustamentos que a doença e o doente determinam, necessitam de receber apoio, informação e instrução da equipa prestadora de cuidados paliativos.

Os cuidados paliativos têm como componentes essenciais: o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade."

TWYXCROSS (2003: 16) define cuidados paliativos como "cuidados activos e totais aos pacientes com doenças que constituam risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença do paciente já não responde aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida." O mesmo autor refere que estes estendem-se muito para além do alívio dos sintomas físicos. Existem 3 componentes essenciais em cuidados paliativos: aspectos físicos, psicológicos e espirituais. Estes são fulcrais para que os doentes se possam adaptar ao processo de morte de uma forma completa e construtiva. Tudo isto não faz sentido se a comunicação não for apropriada.

"Os cuidados paliativos: dirigem-se mais ao doente do que à doença; aceitam a morte, mas também melhoram a vida; constituem uma aliança entre o doente e os prestadores de cuidados; preocupam-se mais com a *reconciliação* do que com a cura." (Twycross, 2003: 17).

A unidade de cuidados paliativos do HL dedica-se ao acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes com perda de autonomia e necessidade de reabilitação, ou que se encontrem em situações complexas de sofrimento associadas a doenças incuráveis e progressivas. As acções desenvolvidas nesta unidade centram-se nos doentes e nas suas famílias e são delineados especificamente para cada situação, através de uma abordagem integral e multidisciplinar dos problemas. Proporciona cuidados de saúde rigorosos e humanizados, que contribuem para o seu conforto, dignidade e qualidade de vida. A unidade situa-se no 4º piso, na ala exterior. Apresenta um ambiente calmo e muito tranquilo, com uma estrutura física que recria a excelência nos cuidados ao doente/família.

A equipa multidisciplinar da unidade de cuidados paliativos do HL é muito representativa destes cuidados. O trabalho em equipa (médico, enfermeiro, psicóloga, fisioterapeuta, voluntários, assistentes operacionais, fisioterapeutas) é uma constante. Diariamente, antes da passagem de turno do turno da manhã (8 horas), é efectuado um ponto da situação relativamente a recados importante para a equipa, instabilidade de doentes e acontecimentos importantes/relevantes que possam ter decorrido durante a tarde e a noite do dia anterior.

O primeiro dia após conversar um pouco com enfª chefe e estar presente na passagem de turno, foi-me apresentado a estrutura física do mesmo, assim como uma conversa informal sobre a organização deste, quer a nível de pessoal como de recursos materiais. Posteriormente, foi-me atribuído um tutor. Realizamos uma entrevista informal, onde apresentei os meus objectivos trocando ainda ideias sobre a minha possível intervenção junto deste de forma eficaz. Tudo isto não descorando a minha aprendizagem e aquisição de competências nesta área.

Posso adiantar que os objectivos não são extensos, nem em grande número, no entanto, a aprendizagem, assim como a reflexão foi uma prática diária, necessária para o desenvolvimento de competências.

## **OBJECTIVOS/ACTIVIDADES**

No início devo realçar que me senti um pouco perdida, com tudo e com todos: doentes, profissionais, espaço físico, relacionamento entre a equipa multidisciplinar, etc. No entanto, face ao excelente acompanhamento da minha orientadora ao fim da primeira semana os sentimentos eram diferentes. Começava a sentir-me mais *eu própria*.

A equipa de enfermagem é essencialmente uma equipa jovem, muito dinâmica, e todos com formação na área. Existe um sentimento no ar que nos trespassava: nesta área de cuidados todos gostam do que fazem e todos fazem o que gostam.

O controlo sintomático (dor, insónia, sonolência, vômitos, dispneia, entre outros) e a exaustão familiar são os principais motivos de internamento. A comunicação é a base de todo o processo. Esta tem as diversas vertentes, enfº/doente, enfº/família, enfº/clínico, enfº/psicólogo, enfº/enfº, e todas as junções que possamos imaginar. Esta foi, sem dúvida, a minha grande barreira a ultrapassar. Sou por natureza uma pessoa muito reservada e fora da minha zona de conforto sou-o ainda mais. A comunicação é fundamental para cuidar, no entanto, nesta área é indispensável, sem comunicar é inconcebível. Com a evolução do estágio fui ficando mais confortável, ultrapassando esta dificuldade sentida na fase inicial. Tive uma necessidade extrema de pesquisar sobre a temática. As competências comunicacionais são um atributo indispensável em cuidados paliativos. Comunicação eficaz diminui a ansiedade, aumenta adesão ao plano terapêutico, maior controlo efectivo da dor... (Mercado, Wilkinson, Moore, 2009)

Concluído um pequeno intróito passo à descrição dos objectivos planeados propriamente ditos, assim como às respectivas actividades e competências desenvolvidas. Os casos apresentados, durante estas semanas são diversos, todos com áreas de intervenções de grande relevância.

<b>OBJECTIVO 1</b>	<b>1- Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais no âmbito de enfermeiro especialista na prestação de cuidados de enfermagem ao doente em fase terminal e sua família.</b>
--------------------	--

Para a concretização deste objectivo foi essencial desenvolver diversas actividades de forma a conseguir a sua concretização no seu todo. A clarificação de dúvidas com a enfª tutora foi uma constante, e uma necessidade muito sentida principalmente na primeira semana.

Compreender a dinâmica do serviço e o seu funcionamento, tendo em conta a estrutura física/arquitectónica do mesmo é o primeiro passo para um correcto desenrolar de qualquer campo de estágio. Identificar as áreas clínicas assim com as áreas de apoio da unidade, observando as dinâmicas e o método de trabalho da equipa multidisciplinar é de extrema importância para entender e se integrar nas dinâmicas organizacionais. Para uma exacta integração é, também, relevante ter acesso à informação dos recursos humanos e logísticos disponíveis

Conhecer o serviço no seu todo é imprescindível para poder estabelecer uma relação terapêutica eficaz. A primeira semana é fundamental para se conhecer os recursos humanos e materiais de funcionamento da unidade. Esta tem capacidade para 17 doentes. O rácio enfº/doente é de 1:5. A carga de trabalho era bastante árdua. No entanto, o ambiente era sempre de tranquilidade, sem muito barulho ou ruído, contrariamente ao que estou habituada. Este “silêncio” por si só denota um ambiente calmo que transmite serenidade.



O serviço é constituído por quartos individuais com casa de banho privativa. As camas eléctricas, com comando móvel. Um pequeno ecrã computadorizado, com TV, rádio, telefone também este móvel, podendo estar sempre perto do doente em qualquer lugar do quarto. Estes apresentam todas as condições para a presença dos familiares de uma forma constante. Cada um é composto por uma zona de sala de estar, ou seja equipado com sofás, quer para o doente quer para os familiares. Um destes sofás é possível de ser transformado em cama quando da presença de um familiar durante o período nocturno. Este apenas tinha que ser solicitado com algumas horas de antecedência de forma a providenciar o necessário para a sua acomodação. As visitas são sem restrições durante o período diurno, após as 21 horas teriam que ser comunicadas ao enf<sup>o</sup> responsável. Existe também duas salas de grandes dimensões, uma no início do serviço outra no final da ala, extremamente bem equipadas com TV, revistas e confortáveis sofás para a permanência dos familiares (também utilizadas para conferências familiares, reuniões de família, etc). A primeira dispõe de uma máquina onde é possível retirar café, chá, chocolate. Tudo isto denota a preocupação com o bem-estar dos familiares. A tentativa é de recriar ao mais possível com um ambiente familiar. Do meu ponto de vista a tentativa é bem sucedida.

Diariamente, existe um contacto directo entre os enfermeiros responsáveis e a médica responsável pelo serviço de forma a realizar controlo terapêutico e plano para cada doente. De todos os doentes. Esta pequena reunião diária era fundamental para gestão de controlo sintomático (náusea/vómitos, dor, disfagia, obstipação, anorexia, dispneia, tosse, ansiedade, sono, depressão, delirium, sialorreia, xerostomia), comunicação, apoio à família, entre muitos outros. A gestão da dor é indispensável na prestação de cuidados de elevada qualidade. Um correcto manuseamento de técnicas terapêuticas é essencial para uma gestão eficaz desta. (Núcleo de Cuidados Paliativos, 2007)

Ainda, semanalmente realiza-se uma reunião clínica (enfermagem, médicos, psicólogas, farmacêuticos, voluntarias) para se discutir os casos mais problemáticos daquela altura. O caso é exposto e é delineado um plano terapêutico para aquele doente/família, entre todos. A realização destas reuniões é um critério de qualidade em cuidados paliativos. Barbosa e Neto (2010: 763) referem-nos a importância de existir uma abordagem transdisciplinar em cuidados paliativos. A equipa deve utilizar um denominador comum: bem-estar global do doente e da sua família. “Os objectivos e consequente plano terapêutico, assim como a avaliação das necessidades, deverão ser alvo de reavaliação regular, em períodos discutidos e assumidos pela equipa interdisciplinar.” (ANCP, 2006: 5)

As passagens de turno são extensas, principalmente as da manhã. Para que não exista perda de informação, os colegas da noite completam um resumo diário de cada doente, que vai servir de base para as 24 horas seguintes. Em todos os turnos se acrescenta informação(ões) pertinente(s) ou se actualiza(m) a(s) necessária(s). Este auxiliar de memória facilita a comunicação entre os diversos profissionais eliminando do procedimento os esquecimentos

e/ou lacunas. A chefia do serviço, na pessoa da enf<sup>a</sup> chefe e da enf<sup>a</sup> substituta, assistem à passagem de turno da manhã. De uma forma individual, enf<sup>o</sup> responsável para enf<sup>o</sup> responsável, na presença de uma das chefias. Esta é bastante morosa, mas os pormenores são todos importantes. Isto previne lapsos e denota a extrema atenção dada aos cuidados com o doente/família tendo em conta todas as suas vertentes pessoais, familiares, espirituais, dando a devida importância a todos os acontecimentos. Nos restantes turnos, tarde, noite e fim-de-semana existe um chefe de equipa que tem como função manter o bom funcionamento da unidade, sendo este o responsável na ausência das chefias. Também é este que tem autonomia para entrar em contacto telefónico com a clínica coordenando o serviço que está permanentemente disponível 24 sobre 24 horas.

Relativamente à passagem de turno demorada, reflecti em conjunto com enf<sup>a</sup> chefe do serviço esta temática. A dificuldade está quer na extensão como na espera, isto é, enquanto 2 enf<sup>o</sup> passam o turno todos os outros estão à espera da sua vez para só depois da passagem poderem iniciar as suas funções. É reconhecido pela chefia como sendo muito extensa e demorada, no entanto esta pormenorização ajuda em muito a não existir problemas de comunicação. São aqui que se combatem as falhas, os esquecimentos e as lacunas minimizando perdas de informação.

Em relação à disponibilidade constante por parte da médica, colocou-me algumas questões: porquê apenas ela quando existia mais um médico na unidade, não existia presença física de um clínico? Este foi um assunto discutido com enf<sup>a</sup> tutora e posteriormente com enf<sup>a</sup> chefe. As ocorrências eram muito escassas após as 20 horas, o que não justificava a presença física de um médico. Mas para colmatar esta particularidade eram escaladas 2 médicas de prevenção no período nocturno que estariam sempre contactáveis (consoante a escala evidentemente). Como uma dessas médicas estava de licença de maternidade, e o outro clínico ainda estava em integração, este cargo ficou da exclusividade da responsável clínica. Nas duas últimas semanas a doutora de licença de maternidade regressou e tudo voltou à normalidade.

O doente deve ser encarado como um todo e devem ser considerados os aspectos psicológicos, sociais e espirituais. Face à doença e às perdas iniciam-se o sofrimento e os sentimentos de mal-estar e tristeza que originam a consciencialização dos factos, contribuindo, também, para a afectação através da atribuição de significados e da sua compreensão.

Importa reflectir e perceber a importância da acção humana e do envolvimento da família nos cuidados. Reconhecer intelectualmente e sócio-culturalmente o doente e a família, adequando a comunicação aos mesmos, é o passo primordial para uma prática de cuidados personalizada. Existem actividades fundamentais nesta área tão complexa, que têm que ser executadas de forma personalizada. Os cuidados de enfermagem devem ser planeados, executados e avaliados, evidente e objectivamente, de uma forma individual. Cada pessoa/família tem as suas especificidades, para poderem ser eficazes.

A comunicação é um pilar em cuidados paliativos. A informação proporcionada deve ser actualizada ao doente e à sua família, criando um ambiente de confiança e clareza,

respeitando sempre a vontade/escolhas de cada um. A interdisciplinaridade da comunicação deve estar sempre presente, de forma a realçar todos os aspectos. Verificar a sua eficácia é também extraordinariamente importante. Promover conferências familiares é um ponto fundamental em cuidados paliativos. Estas são muito importantes quer para doente/família quer para os profissionais de saúde. Estar atento às necessidades do doente/família é essencial para promover uma adaptação emocional face à situação/evolução da doença. Promover o conforto mostrando disponibilidade total é verdadeiramente indispensável para uma prática de cuidados eficaz. A desmistificação de temas problemáticos como a nutrição, a conspiração do silêncio e o levante são uma presença assídua nesta área.

Todas estas actividades foram meticulosamente desenvolvidas para a concretização deste objectivo.

O Sr. J, 80 anos de idade, portador de neoplasia do pescoço tendo realizado quimioterapia e radioterapia, internado nesta unidade por descontrolo sintomático, sialorreia, xerostomia, astenia, com quedas frequentes e períodos de confusão/desorientação. Orientado, consciente, comunicativo, muito asténico, disfagia apresentando por vezes períodos de discurso incoerente. Família muito assertiva, realista e presente. O agravamento era progressivo, o descontrolo sintomático era constante, os ajustes terapêuticos eram diários. Esta patologia afecta estimadamente 30 000 pessoas nos Estados Unidos. Um dos grandes riscos desta patologia é o de eminente ruptura da carótida, provocando uma hemorragia maciça, levando à morte por hemorragia arterial major. Este processo é precedido de pequenas hemorragias. É importante que tanto o doente como os familiares estejam realistas face a esta evolução. (Goldstein e tal, 2008). Este doente já apresentava muito esporadicamente períodos de pequenas hemorragias da carótida. No quarto estava sempre material preparado para estas ocorrências, assim como quer familiares quer próprio doente bastante realistas face à situação, cada hemorragia era tratada com tranquilidade. A ansiedade é algo muito contagiante, mas estes familiares face ao excelente acompanhamento da equipa permaneciam calmos. O conhecimento profundo da toda a situação induz a comportamentos menos ansiosos.

O Sr. D, 73 anos de idade, com antecedentes pessoais de hepatocarcinoma multifocal com metástases ganglionares e carcinomatose peritoneal esteve internado nesta unidade por descontrolo de sintomas: prostração, incontinência, vômitos, insónia, astenia, edema dos membros inferiores e exaustão familiar. Este caso foi muito importante pois foi possível observar a minha primeira conferência familiar, e perceber a sua grande importância. Nesta, estavam presentes a enfermeira responsável, o filho e a filha do doente. Explicar a progressão e irreversibilidade da doença, desmistificar a alimentação e a necessidade de um bom planeamento da alta (necessidade de cuidador presente, visitas de enfermagem e médicas com alguma regularidade, face ao pedido dos mesmos em levar o pai para casa, por questões económicas). Embora fossem bastante realistas face à situação clínica, a conspiração do silêncio era bem demarcada nesta família “a conspiração do silêncio torna-se numa fonte de

tensão. Ela bloqueia a discussão aberta sobre o futuro e os preparativos para a separação. Se não for resolvida, é frequente que as pessoas em luto sintam grandes remorsos.” (Twycross, 2003: 49).

O assunto não era conversado com o Sr. D, assim como não lhe transmitiam as decisões tomadas também não era, desta forma, auscultado para qualquer opinião ou decisão. Aquando do internamento foi dito apenas que iria a uma consulta, a alta também não foi discutida com ele. Quando a enfermeira o abordou com o assunto sobre a sua situação, começou a chorar e fechou os olhos. Também quando lhe expliquei que se iria embora para outro hospital (à última hora os familiares levaram o senhor para outra instituição hospitalar) ficou triste sem perceber porquê. A falta de comunicação nesta família era extremamente presente e provocava neste doente uma ansiedade muito vincada. Tentou-se explicar a esta família que, nesta fase, expressarmos os nossos sentimentos e deixarmos os outros se expressarem era bastante importante para todos. Embora, por vezes, as palavras são desnecessárias. A esposa do Sr. D, relatou que, algumas vezes, o encontrou a chorar sozinho. E porque não chorarem juntos, se viveram tantas coisas juntos, boas e más, porque é que nesta fase cada um chorava sozinho? Esta família estava extremamente renitente, chegando mesmo a tornarem-se agressivos para com a enfermagem, na altura da “transferência”. E o Sr. D. saiu para outro hospital informado pela enfermeira.

Como nos diz os autores Barbosa e Neto (2010: 757) é muito importante favorecer uma comunicação eficaz entre doente/família e profissionais de saúde de forma a contribuir para uma maior abertura e sinceridade entre todos os intervenientes. Assim permite-se um aumento de confiança e apoio ao doente, dando espaço para que este transmita os seus desejos e ansiedades. Com esta família não foi possível pôr em prática esta metodologia. O internamento foi curto não existindo tempo para esta temática ser mais explorada com todos. A família, assim como este doente, necessitavam de uma intervenção prolongada da equipa para que fosse viável esta família vivenciar este processo de uma forma mais robusta. Era notória a vontade destes em permanecer nesta unidade, mas as instituições privadas apresentam as questões económicas que por vezes não conseguem ser ultrapassada pelos familiares.

Sra. M, 61 anos de idade, com diagnóstico de neoplasia do pulmão há três anos com metástases ósseas (bacia) e cerebrais já com alterações cognitivas. O motivo de internamento é a necessidade de controlo sintomático: dor, insónia, sonolência com evolução de um mês. À entrada estava calma, consciente, orientada, colaborante dentro das suas possibilidades. Progressivamente foi ficando prostrada, com períodos de agitação psicomotora principalmente na presença dos familiares. Polipneica nos momentos de agitação e com alguns períodos de farfalheira. Vindo a falecer.

O contexto familiar era um pouco problemático, marido nesta fase final não conseguia entrar no quarto permanecendo na sala, e não integrando informação. Filha com comportamento histriónico, também sempre presente mas na parte exterior do quarto, só entrava quando acompanhada, principalmente por mim. As perguntas eram repetitivas, vivenciando todo o

processo da mãe mas nunca junto dela. Expliquei a necessidade de permanecer junto da sua mãe sem que tal fosse concretizado. Ambos os familiares realistas sobre a irreversibilidade da doença e a sua progressão mas não sendo capazes de acompanhar a mesma de perto neste processo final.

Perante isto, permaneci mais algum tempo com esta doente para que assim a presença da filha fosse mais constante. Era notória a vontade desta em ficar junto da mãe mas, sozinha era incapaz de o fazer. Assim, indo ao encontro das necessidades desta família permanecia junto destes o mais tempo possível, facultando deste modo o contacto entre ambas, que foi sem dúvida importante nesta fase. “A fase final é a mais difícil, quer para o paciente quer para os familiares. É quase impossível aceitar a aproximação da hora da morte, no entanto, quando já nada mais se pode fazer, há que aproveitar os poucos momentos e ajudar...a expressarem os seus sentimentos.” (Pereira, 2005: 87). É muito importante uma adaptação às necessidades imediatas. Devemos ir na direcção das necessidades de cada um, ajudando a ultrapassar esta fase tão difícil.

Na segunda e terceira semanas os meus sentimentos foram mudando, sentindo-me, pouco a pouco, mais à vontade. O contacto com os doentes e os familiares era mais aberto, chegando a estabelecer grandes relações empáticas. Na recta final do estágio senti-me “pronta” a permanecer na unidade. O contacto com esta realidade foi deveras gratificante. Sentir que a nossa presença provoca sentimentos tão nobres como o carinho, gratidão, ajuda e conforto é muito importante para nós, enquanto profissionais, e para o doente/família se sentirem mais confortáveis. “...cuidar é um acto conjuntivo e, no discurso científico da enfermagem, a compreensão adequada para o conceito de “cuidar” é cuidar com, não cuidar de alguém.” (Frias, 2008: 66)

Doente sexo feminino, 57 anos de idade com diagnóstico de adenocarcinoma do pulmão, estágio IV, com metástases pulmonares bilaterais, mediastínicas, cerebrais e cerebelosas. Motivo de internamento pré-cordialgia intensa, tosse, náuseas e astenia. Apresenta agressividade/agitação que se questiona será por dor ou recidiva cerebral. Família assertiva. Em conferência familiar aferiu-se expectativas em função da evolução nos próximos dias. Família tranquila mas não colocando questões. A evolução foi rápida, alternando períodos de sonolência, facilmente despertável com períodos de inquietação com polipneia. A doente ficava bastante mais inquieta aquando da presença dos familiares, diminuindo esta inquietação com a diminuição dos estímulos. Explicados os benefícios para a doente em relação à diminuição dos estímulos aos familiares que foram bastante receptivos e colaborantes. Doente veio a falecer tranquilamente e confortável.

Esta família, bastante assertiva e presente, permaneceu sempre junto da mesma. Diminuíram os estímulos com a doente, mas mantiveram-se sempre perto dela. A presença permanente dos familiares, de uma forma tranquila sem grandes estímulos com a mesma, permitiu a esta doente ter alguma tranquilidade. O apoio da enfermagem era uma constante, tentando sempre

que a doente estivesse confortável e tranquila até ao último momento. O momento da morte foi tranquilo para todos, doente e familiares. Twycross (2003: 55) relata a importância de por vezes ser necessário ensinar alguns familiares a se comportarem, mas estes devem ser encorajados a permanecer junto do doente, por vezes é apenas necessário a presença, sem que mantenham uma conversa cansativa ou constante.

Senhora de 53 anos de idade mãe de 3 filhos, divorciada, residindo na casa do pai (homem de 85 anos de idade, saudável, sendo este um dos cuidadores). Mãe faleceu com neoplasia da mama. 4 Irmãos, duas senhoras e dois senhores. Uma das irmãs portadora de neoplasia da mama com cirurgia em 2001, agora numa fase estacionária e controlada. A senhora apresenta diagnóstico de neoplasia da mama em 2003 com cirurgia ablativa mas sem mastectomia, com metastização óssea, externo e calote craneana, cerebral, linfática e meníngea desde 2007. Motivo de internamento exaustão familiar e controlo familiar: inquietação, dor e anorexia. Progressivamente foi evoluindo de forma negativa iniciando respiração de cheynes stokes, com períodos de apneia de 10 a 20 segundos acompanhada de farfalheira. Inicia perfusão de buscopan de forma a diminuir esta sintomatologia.

Família numerosa mas bastante realista e assertiva. A irmã (portadora de neoplasia da mama) apresentava alguma renitência em falar sobre a situação da irmã face à sua própria situação clínica. O filho 22 anos muito presente, permanecendo com a mãe durante o período nocturno. Conforme a situação foi evoluindo o ex-marido começou a permanecer junto da senhora de forma a evitar a permanência dos filhos, até esta falecer. Era desejo, principalmente do filho, que esta não falece-se sozinha, mas no entanto, a sua permanência junto da mãe no período nocturno era uma grande carga psicologia para este.

O último desejo desta doente era doar o seu corpo para medicina legal (estudo), tendo os familiares realizado este pedido.

A carga genética desta família é bastante pesada como tal foi-lhes dado aconselhamento para despiste genético – história marcada de neoplasia da mama. O conforto era o interesse de todos.

Esta família foi bastante presente em todo o processo final da doente, de uma forma muito assertiva e realista, mesmo sendo numerosos. Efectuada uma conferência familiar à entrada no serviço, entre mim e as irmãs de forma a aferir expectativas. Devido ao grande número de familiares, mais tarde foi realizada outra conferência com os três filhos, com o ex-marido (também para aferir as suas expectativas e explicar a realidade da situação), comigo e com a médica. Os filhos bastante jovens, dois dos quais viviam longe da mãe, mas bastante realistas. As necessidades desta família eram de apoio para vivenciarem esta fase final do seu familiar. Como nos refere Neto (2003), as conferências familiares visam a partilha de informação e anseios, a clarificação de objectivos dos cuidados, discussão do diagnóstico, tratamento e prognóstico e o desenvolvimento de um plano de cuidados para o doente e cuidadores.

Estes casos reflectem realidades diferentes. Cada família e cada doente apresentam as suas necessidades. Temos de estar presentes para apoiar, ajudar e confortar estas pessoas que se encontram a passar por um período de vida por si só bastante difícil. No entanto, se apoiadas de forma correcta pode ser minimizado. As reflexões eram uma realidade constante entre mim e a minha tutora, discutíamos as situações vivenciadas. Era também constante a partilha diária das mesmas com os clínicos, psicólogos, outros colegas, enfª chefe, enfim com a equipa multidisciplinar. “Comunicar é um processo dinâmico e aberto onde tudo o que faz parte da situação, tudo o que está em contacto com o doente, é importante e transmite uma mensagem.” (Pereira, 2004: 38).

Todas estas situações me marcaram, mas existe no entanto um caso que não posso deixar de referir. O Sr. J, 50 anos de idade, com o diagnóstico de neoplasia cerebral, efectuando cirurgia ablativa com pouco sucesso. Casado, pai de duas raparigas. Num espaço de quatro meses a evolução e a irreversibilidade da doença vai-se agravando.

Esposa sempre presente diariamente, embora a sua residência não fosse em Lisboa. A exaustão era evidente em todos os familiares. Tanto esposa como as filhas muito pouco realistas não integrando a evolução da doença. A incapacidade de ajudar a pessoa amada leva a sentimentos de revolta e por vezes de agressividade. O alvo não é os profissionais ou mesmo a instituição mas sim uma demonstração de desespero. Saber ouvir, mostrar compreensão, disponibilidade são a base do cuidar da família do doente em fase terminal. (Barbosa e Neto, 2010: 754). Doente entrou em fase agónica, com períodos de apneia de cerca de 20 segundos e mais. Acompanhei esta família que, embora renitente com a sua situação clínica, quis permanecer junto do mesmo, até ao final. Foi um processo demorado, acompanhei-as durante todo o tempo. A minha presença para todas foi fundamental. Posso dizer que durante o processo final estive presente não as deixando sozinhas neste momento difícil. Esta era a sua necessidade, a minha presença deixou-as com menos medo e com um pouco mais de tranquilidade, dentro do possível claro. O Sr. J só descansou quando a esposa conseguiu despedir-se dele. Quando o marido faleceu, a Sra. A ficou desesperada não conseguindo entrar em contacto com as filhas. O primeiro momento após o falecimento do doente a esposa apenas conseguiu manter contacto comigo. Mas a pouco e pouco fomos conversando sobre o passado, o presente e o futuro e a D. A foi ficando mais calma e tranquila. Mais tarde conseguiu iniciar comunicação com as filhas. Permaneci ainda com elas o tempo necessário para se reorganizarem e estabelecerem contacto entre ambas. Foi incentivado a coragem de todas quer nesta fase final como em todo o processo tão doloroso. Reforçado que os tempos que se aproximam não serão fáceis, mas estas três mulheres de coragem serão capazes de os ultrapassar em conjunto apoiando-se mutuamente. O autor GALVÃO (2003: 33) escreve algo que descreve e reforça esta ideia “...os *Cuidados Paliativos vão para além da morte do doente...*” Posso dizer que vivi momentos únicos. Nunca tinha acompanhado um doente/família nos últimos momentos de vida, não desta forma. Esta experiência foi muito significativa para mim. Chorei com esta família. Sentiram que a minha presença representava



conforto e acompanhamento. Estes seriam de extrema importância para todas mas, de forma mais acentuada para a esposa.

De evidenciar a actividade de mutua colaboração com os diferentes profissionais envolvidos, o que para além de um dialogo constante conduz a um contexto relacional afectivo no qual se mobilizam recursos disponíveis e estratégias várias com implicação nas relações interpessoais e multidisciplinares com o objectivo da resolução do problema, visando o bem comum. A equipa com um grande espírito de entreajuda onde era visível a preocupação constante em proporcionar conforto e dignidade àqueles que lá passavam por um longo ou curto período. O doente era sempre o principal alvo dos cuidados e todas as suas vontades eram respeitadas, tendo em vista a sua perspectiva holística e o seu bem-estar físico, psíquico e emocional.

A equipa multidisciplinar nestas unidades está submetida a muitos factores de stress como a comunicação de má notícias, envolvimento em conflitos emocionais, exposição repetitiva da morte, etc. As Reuniões semanais interdisciplinares, de forma a expor sentimentos vivenciados, dificuldades sentidas preservam a saúde emocional e física, evitando o *burnout* (Lopes, 2002). Após a 2ª semana deparei-me com a não existência de uma reunião dos profissionais de saúde sobre os seus sentimentos, angústias face a esta realidade. Questionei a minha tutora, a enf.ª responsável e a clínica responsável pela unidade sobre esta questão. Estava nos planos da unidade mas ainda não tinha sido posta em prática. No entanto, de forma a colmatar esta lacuna a Dr.ª Isabel Neto, através dos seus contactos, conseguia proporcionar alguns eventos de lazer/descontração a toda a equipa. Como? Através de idas ao teatro para 30 pessoas – cada uma pagando um valor simbólico de 2 euros (o resto do valor era patrocinado); uma corrida de *karting* para todos os que quisessem participar; uma ida a um concerto (também por um valor simbólico), entre muitos outros, isto tudo durante o tempo que lá permaneci. Mas é assim ao longo de todo o ano. Era evidente a descontração de todos os que participavam, o ambiente ficava mais calmo, sereno e coberto de pessoas bem-dispostas e mais descontraídas.

<b>OBJECTIVO 2</b>	<b>2- Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à família em cuidados paliativos</b>
--------------------	--

Constituindo o doente terminal e a família a unidade a cuidar, é fundamental que se compreenda e avalie também as necessidades sentidas pelas famílias, devendo estas serem entendidas como uma unidade receptora de cuidados, para que elas próprias desempenhem eficazmente a sua função fulcral de prestadoras de cuidados. Deste modo, para a família desempenhar o seu papel de cuidadora, necessita de ser apoiada na prestação dos cuidados e



informada adequadamente sobre as mudanças que ocorrem e a melhor forma de actuação. Só assim o doente e a família podem assumir algum controle sobre a situação, diminuindo a angústia e a ansiedade. (Candy et al, 2009)

O enfermeiro assume aqui um papel muito importante, pois tem a responsabilidade de potenciar a comunicação e as relações interpessoais existentes, com a finalidade de procurar compreender a pessoa/família, para os auxiliar a obter uma adaptação mais eficaz, face aos recursos de que dispõem.

Por tudo isto torna-se fundamental a correcta e completa avaliação das necessidades dos familiares. Assim, identificar o nível de exaustão familiar torna-se imperativo em cuidados paliativos. Desenvolvi um trabalho intitulado “Exaustão Familiar – Índice de Zarit uma necessidade”, de início de implementação da escala de Zarit reduzida (7 itens), onde é avaliada a exaustão familiar (Anexo 1). A aplicação da escala de Sobrecarga do cuidador de Zarit (Burden Interview Scale) ESC, na sua forma reduzida, para aplicação em cuidados paliativos é imprescindível para avaliar a exaustão familiar. Colaborar com a família de forma a intervir nas suas necessidades leva aos enfermeiros, que trabalham em cuidados paliativos, uma correcta intervenção junto das mesmas. Esta escala permite isso mesmo ir de encontro às carências familiares, ajudando-os a superar os obstáculos, de forma a debelar as dificuldades.

A escala foi inicialmente desenvolvida para familiares de doentes com demência, mas foi posteriormente alterada (reduzida) para a realidade dos cuidados paliativos. É de extrema importância avaliar o nível de exaustão familiar, de forma a identificar se está ou não presente. Se a pontuação for igual ou superior a 17 pontos podemos afirmar que estamos perante uma família exausta. Isto é, não se encontra com capacidade para responder às necessidades do seu familiar. Necessita de intervenção de forma a ajudar a arranjar estratégias para ultrapassar esta barreira.








Esta minha intervenção foi de grande importância para a abordagem familiar em contexto de cuidados paliativos. A implementação desta escala irá, com certeza, focalizar os profissionais na ajuda aos familiares apoiando-os nas suas necessidades. Este suporte familiar vai permitir que estes consigam ir ao encontro das necessidades dos doentes de forma mais concisa e objectiva.







A escala garante as dimensões da sobrecarga, auto-cuidado e a perda do papel social dos cuidadores. Estas são sem dúvida as dimensões de maior importância em cuidados paliativos. Pelo facto de ser reduzida apenas existe avaliação de exaustão ou não exaustão. Recorrer à utilização de escalas com rigor científico pretende-se engrandecer a qualidade dos cuidados prestados ao doente e seus familiares/pessoas significativas.

Apliquei a escala a 5 famílias, inicialmente havia discutido com enf<sup>a</sup> chefe sobre a sua aplicação apenas a 3 famílias. No entanto, a receptividade foi excelente por parte destes familiares que estendi para mais 2, total de 5. A enf<sup>a</sup> ficou bastante satisfeita principalmente pelo *feedback* ser tão positivo. Existia um pouco de receio por parte desta de o questionário

não ser bem aceite pelos familiares, mas quando explicada a necessidade do mesmo, assim como o tema (que lhes era tão presente) disponibilizavam de imediato a sua resposta. Elaborei um trabalho escrito de suporte, efectuando pesquisa bibliográfica sobre a temática, para a implementação da mesma, que foi deixado no serviço para consulta de todos os profissionais. Fiz uma apresentação da escala à equipa, durante uma formação em serviço (Anexo 2), demonstrando a sua importância assim como a sua aplicação. A participação de todos foi bastante acentuada. Debateu-se o tema entre todos: clínico, psicóloga e enfermagem. Todas as perspectivas são importantes, principalmente em cuidados paliativos. Esta unidade tem esta particularidade, as reuniões são interdisciplinares. Não existe suporte bibliográfico que dê indícios sobre quando aplicar a escala, fica ao critério das unidades. O debate foi importante, e todas as perspectivas valorizadas. Depois de ouvidas todas as opiniões a escala será utilizada à entrada do doente/familiar e será aplicada ao cuidador familiar principal (como refere o suporte bibliográfico) e à saída aquando da alta para o domicílio. Neste âmbito apenas se aplicará posteriormente aos doentes que têm alta clínica, para poder aferir se as medidas instituídas foram eficazes para diminuir a sobrecarga familiar. Importa ainda realçar a necessidade dos familiares que não apresentavam exaustão em justificar as suas escolhas. Por um motivo ou outro, uns pela família muito abrangente e participativa, outros por ser ainda uma fase inicial e outros ainda por terem uma experiência anterior da qual não se conseguem distanciar, logo esta não obtêm o mesmo conteúdo. Após apresentação ficou delineado que o índice de Zarit iria iniciar a sua aplicação no mês seguinte.

Esta área de cuidados permitiu o desenvolvimento de competências fundamentais para a minha evolução como profissional e como pessoa. Ainda, a elaboração deste trabalho assim como a sua apresentação à equipa permitiu o desenvolvimento das seguintes competências:

-  Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
-  Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
-  Tomar iniciativa e ser criativa na interpretação e resolução de problemas na área de especialização;
-  Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
-  Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da sua especialização;
-  Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
-  Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.

-  Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico tanto a enfermeiros como ao público em geral;
-  Incorporar na prática os resultados válidos e relevantes, da investigação, no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
-  Identificar as necessidades formativas na sua área de especialização;
-  Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
-  Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
-  Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e o relacionamento de forma terapêutica no respeito pelas crenças e pela sua cultura;

Tive necessidade de efectuar pesquisa em diversas temáticas. Conferências familiares, controlo sintomático e comunicação foram as grandes áreas da minha intervenção. De acrescentar, que sem a colaboração exaustiva da minha enfermeira orientadora, este estágio não teria sido tão gratificante e enriquecedor.

Este ME constituiu uma base de formação imprescindível, uma vez que me proporcionou um leque de oportunidades para desenvolver, integrar e aperfeiçoar saberes e competências adquiridas ao longo da formação teórica inerentes ao desempenho de funções na área de intervenção especializada em doentes em fim de vida. Prestei cuidados de enfermagem ao doente terminal e sua família, promovendo o conforto e respeitando as escolhas de cada um, de forma individualizada. Estabeleci uma comunicação eficaz com o doente e seus familiares, promovendo conferências familiares. Desmistificar temas problemáticos como: a nutrição, a conspiração do silêncio, o levante, que era uma necessidade constante. Promover a adaptação emocional face à situação/evolução da doença promovendo a interdisciplinaridade. Este é um aspecto muito importante que deve ser realçado nesta unidade. Os casos clínicos envolvem todos os profissionais e é através do diálogo diário que se obtêm resultados excelentes tendo sempre em primeira linha o doente e a família. Esta aprendizagem, evolução não seria possível sem o notável acompanhamento da minha tutora, assim como da restante equipa multidisciplinar. A chefe, assim como a sua enf<sup>a</sup> substituta, foram fundamentais neste percurso tão importante para mim.

## 1.2 – MÓDULO II – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

A medicina intensiva é uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas que aborda especificamente a prevenção, diagnóstico e tratamento de situações de doença aguda

potencialmente reversíveis, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, eminente(s) ou estabelecida(s). O objectivo primordial é suportar e recuperar funções vitais de modo a criar condições para tratar a doença subjacente e, por essa via, proporcionar oportunidades para uma vida com qualidade.

Para tanto, é necessário concentrar competências, saberes e tecnologias em áreas dotadas de modelos organizacionais e metodologias que as tornem capazes de cumprir aqueles objectivos.

As origens dos cuidados intensivos remota á Guerra da Criméia em 1854, onde Florence Nightingale detectou a necessidade de monitorizar os doentes críticos para diminuir a taxa de mortalidade. Posteriormente e baseado nesta assistência diferenciados deu-se inicio ao ensino dos cuidados intensivos. Estes evoluíram a partir do reconhecimento de que as necessidades dos doentes com patologias ou lesões agudas e com riscos de vida, seriam melhor satisfeitas se eles estivessem organizados em áreas distintas do hospital, surgindo o aparecimento de algumas “salas” vocacionadas para o doente em estado critico. Estas salas estavam inseridas num serviço, eram equipadas com material mais sofisticado e nelas prestavam-se os cuidados mais diferenciados.

O início da enfermagem em cuidados intensivos era uma banalidade do dia-a-dia, sendo que, alguns enfermeiros de um serviço estariam mais aptos e interessados em adquirir novos conhecimentos e em desbravar novas técnicas. O desenvolvimento de novas intervenções e tecnologias médicas resultaram num reconhecimento crescente de que a enfermagem era importante na monitorização e observação dos doentes em estado crítico. Os médicos dependiam dos enfermeiros para observar as alterações críticas do estado do doente.

Hoje em dia, os cuidados intensivos são prestados por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, com uma educação profunda no campo especializado dos cuidados críticos. Pela própria natureza do sistema de cuidados intensivos, é pedido (exigido) ao enfermeiro integrado no staff multidisciplinar próprio da unidade, não só que seja enfermeiro mas que também tenha conhecimentos sobre o material que utiliza, que seja um engenheiro das maquinas com que lida, que conheça as situações clínicas e, principalmente, que possua qualidades humanas para lidar com os doentes.

O exercício da Medicina Intensiva constitui um desafio continuado, desenvolvendo metodologias de monitorização, procedimentos e tratamentos cada vez mais sofisticados, exigindo estruturas complexas e uma gestão de recursos dedicada e com preparação específica para este fim.

As Unidades de Cuidados Intensivos foram projectadas para fornecer um elevado e excepcional nível de cuidados que monitorize e suporte as funções vitais do cliente. As práticas e saberes que hoje se reconhecem como contributos da Medicina Intensiva são praticados em diferentes áreas, com missões, objectivos e metodologias distintas. Neste contexto incluem-se: *Unidades de Cuidados Intensivos* - locais qualificados para assumir a responsabilidade integral

pelos clientes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências orgânicas com implicações das funções vitais; *Unidades de Recobro* - locais onde se prestam cuidados devotados à optimização do período pós-operatório e/ou pós-anestésico, destinados à observação, monitorização e tratamento de clientes recentemente submetidos a uma cirurgia e/ou procedimentos invasivos; - *Unidades de Cuidados Intermédios*, locais dotados de um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos especializados para os clientes que embora não estando em estado crítico, necessitam de vigilância organizada e sistemática durante 24 horas por dia (DGS, 2004).

Uma U.C.I. é um serviço dotado de instalações, pessoal e equipamento capaz de assegurar um tratamento eficaz a doentes com uma ou mais funções vitais em risco imediato e que não é possível efectuar-lo noutros serviços do Hospital, possuindo como principais objectivos: Proporcionar aos utentes em estado crítico uma melhor assistência, disponibilizada por pessoal diferenciado e apoiado por tecnologia avançada; Reduzir a mortalidade e morbilidade nos doentes de médio e alto risco; Melhorar o nível de cuidados hospitalares diferenciados. (DGS, 2004).

Algumas definições tornam-se fundamentais para uma compreensão dos cuidados intensivos e de toda a sua abordagem: *Doente de Alto Risco* - Aquele cuja vida está ameaçada por complicações que podem surgir em resultado de uma afecção, levando à falência de um ou vários órgãos e que necessita de cuidados imediatos e diferenciados, além de observação contínua para detectar e prevenir precocemente as complicações.

*Cuidados de Enfermagem Intensiva* - São cuidados minuciosos e qualificados prestados de forma contínua ao longo das 24 horas, ao indivíduo com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas da vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades.

*Observação Intensiva de Enfermagem* - É a colheita e procura contínua, minuciosa e de forma sistematizada de dados, com a finalidade de conhecer em cada momento a evolução da situação do doente, previsão e detecção precoce das complicações, permitindo actuar no momento preciso, de modo eficiente (DGS, 2004).

A Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Distrital de Faro é uma Unidade Polivalente, que recebe clientes do foro médico e cirúrgico. É uma área diferenciada e multidisciplinar, que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de clientes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis. A natureza dos clientes admitidos, a taxa de sobrevivência, a capacidade de recuperação das funções vitais, a disponibilidade e a capacidade para acorrer às necessidades, decorre da missão atribuída a esta unidade. Trata-se de um local qualificado para assumir a responsabilidade integral pelos clientes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais.

Terminada uma pequena apresentação dos cuidados intensivos de uma forma geral, passo a uma descrição do campo de estágio, de carácter obrigatório, na UCIP do HDF. O doente crítico e a diversificação de equipamento utilizada nestas unidades é algo que transmite alguma insegurança, tendo receio de não estar à altura do nível de exigência exigido inerente a estes cuidados. Posso referir, que o excelente acolhimento dado pela chefia, pela equipa multidisciplinar e pela minha tutora facilitaram a minha prestação durante este ensino clínico. Desde logo a receptividade ao meu projecto denotara o notável desenvolvimento de competências que me iria ser permitido. Uma boa receptividade às nossas propostas de mudança é sempre encorajadora e permitem um bom desenvolvimento pessoal e profissional indo de encontro a novos caminhos e a novas aptidões.

## **UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE - HOSPITAL DISTRITAL DE FARO**

Em cuidados intensivos existe uma necessidade contínua de actualização e desenvolvimento de conhecimentos. A panóplia de equipamentos de tecnologia avançada e sofisticada, assim como a complexidade das patologias inerentes ao doente com falência multiorgânica e com elevado risco de gravidade, concede ao enfermeiro, que exerce funções nestas unidades, uma capacidade técnica, científica e humana de forma a proporcionar aos utentes necessitados destes cuidados, cuidados de enfermagem de elevada qualidade

Nas UCI os doentes são submetidos a um intenso regime terapêutico, visando a sua estabilização. Isto basicamente consiste em ressuscitação hemodinâmica, estabilização da via aérea, suporte hemodinâmico e ventilatório, suporte nutricional, vigilância intensiva de sinais e de variáveis fisiológicas e de tratamento específico para a causa subjacente.

O HDF tem como finalidade elevar a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população e satisfazer as necessidades e expectativas dos seus utentes mediante a prestação de serviços de saúde especializados. A UCIP tem uma lotação de 9 camas e situa-se no 3º piso do edifício central, tendo como actividades a Vigilância e Intervenção Intensiva. É dividido em duas salas distintas: uma com capacidade para 5 doentes e outra com lotação para 4 doentes. A UCI do HDF está equipada para dar resposta a doentes de alto e médio risco que necessitam de cuidados intensivos e imediatos, e de uma vigilância apertada.

De acordo com o Ministério da Saúde, nas recomendações para o desenvolvimento das Unidades de Cuidados Intensivos, e na classificação das áreas onde se praticam cuidados intensivos, segundo a classificação adoptada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, esta unidade, corresponde a uma de nível III que comporta um corpo clínico e de enfermagem qualificados, em presença física nas 24 horas.

Após breve introdução ao intensivismo apresento os objectivos traçados, assim como as respectivas actividades desenvolvidas. Em cada um apresento as reflexões promovidas abordando algumas temáticas. Mais uma vez termino com uma referência às competências adquiridas.

## OBJECTIVOS/ACTIVIDADES

<b>OBJECTIVO</b>	<b>1- Desenvolver competências técnicas, científicas, éticas e relacionais no âmbito de enfermeiro especialista na prestação de cuidados de enfermagem ao doente de médio e alto risco internado na UCIP do HDF.</b>
------------------	--

As UCI são caracterizadas por um ambiente muito próprio onde se concretizam as mais sofisticadas intervenções de natureza médica, enfermagem e técnica com a finalidade de combater doenças que põem a vida em perigo. É uma área multidisciplinar e multiprofissional (médicos/enfermeiros/terapeutas) que diz respeito à abordagem e tratamento de clientes com (ou em risco de) falência orgânica ou multiorgânica por doença ou traumatismo. Estão equipadas de forma a fornecer um elevado nível assistencial (técnico e terapêutico) a este grupo de clientes. O internamento numa UCII é por definição um tempo transitório para clientes em risco de vida, pelo que é parte de um processo e não um fim em si.

A transposição dos conhecimentos teóricos para a prática foi factor preponderante neste percurso uma vez que em contexto de Cuidados Intensivos, são necessárias técnicas de manutenção de vida (cuidados de monitorização invasiva ou não invasiva) e todos os saberes teóricos transformam-se em cuidados de enfermagem através de pessoas para pessoas. Neste contexto, programei, executei e avaliei cuidados de enfermagem directos e globais ao cliente crítico com base na metodologia científica; integrei no planeamento e execução dos cuidados de enfermagem ao indivíduo o envolvimento da equipa multidisciplinar de saúde e família; colaborei e envolvi outros profissionais de saúde, quando necessário, favorecendo bom ambiente de trabalho e espírito de equipa aproveitando as situações para me documentar e fundamentar os cuidados de enfermagem prestados. Desenvolvi o meu estágio acompanhando a minha tutora em *roulment*. A prática de cuidados era desenvolvida por ambas no início sendo posteriormente da minha responsabilidade, evidentemente sempre com a sua supervisão. Para que este desenvolvimento se efectue de uma forma exacta é necessário conhecer a estrutura



arquitectónica, a funcionalidade e o espaço física da unidade. Observar as dinâmicas e o método de trabalho da equipa multidisciplinar, de forma a obter um conhecimento dos recursos humanos e logísticos disponíveis é também uma actividade necessária. A consulta de normas e protocolos de actuação que orientam a prática dos cuidados foi uma constante durante a primeira semana de estágio, esclarecendo dúvidas sempre que necessário com a enf<sup>a</sup> tutora e a enf<sup>a</sup> chefe.

O método de distribuição de trabalho utilizado é o individual, que consiste na atribuição de um número de clientes, habitualmente no rácio de 1:2, aos quais o Enfermeiro deverá prestar todos os cuidados necessários. A utilização desta metodologia, não impede que seja promovido o espírito de trabalho em equipa.

A passagem de turno, assegurando a garantia da continuidade dos cuidados, é efectuada em dois locais distintos (2 salas que a constituem), onde também se efectuam os registos. Nestes momentos são transmitidas aos Enfermeiros do turno seguinte, as informações sobre os doentes internados. A passagem de turno é efectuada em conjunto, e só no final desta é que o Enfermeiro Responsável de equipa efectua a distribuição dos doentes pelos enfermeiros. Isto implica uma atenção redobrada a todos os doentes, uma vez que só no final desta é que se tem conhecimento de quais os clientes que lhe estão atribuídos. A responsabilidade de, em cada turno, adequar os recursos humanos existentes, de acordo com a experiência profissional de cada um, às necessidades de cuidados dos clientes internados e às actividades a desenvolver em cada turno é do Enfermeiro Responsável de equipa, com a supervisão do Enfermeiro Responsável do Serviço. O trabalho em equipa é uma constante, no entanto o método de enfermeiro responsável é o principal. Com este procedimento a visão global dos doentes do serviço é muito mais atenta, mas também existe informação que por vezes se dispersa. Falei com a enf<sup>a</sup> chefe sobre esta situação, mas o objectivo é mesmo o de manter os enf<sup>o</sup>(s) atentos a toda a passagem de turno e não só apenas aos doentes de que iram ficar responsáveis. Acontecimentos anteriores justificam a adopção deste procedimento.

Tive oportunidade de prestar cuidados diferenciados ao cliente em estado crítico, com grande instabilidade quer hemodinâmica quer respiratória, na sua maioria do foro cirúrgico. Facto que me conduziu à necessidade de realizar alguma pesquisa bibliográfica direccionada, face às medidas terapêuticas instituídas bem como à comparação dos casos clínicos reais com os referidos na literatura. Deste modo, planeei, executei e avaliei os cuidados de enfermagem de forma individualizada e diferenciada a utentes em situação de médio e alto risco.

A ventilação mecânica é um procedimento terapêutico utilizado em unidades de cuidados intensivos com vista a manter o equilíbrio dinâmico do organismo, que em muitas das pessoas internadas em tais serviços está posto em causa, o que coloca em risco as suas vidas. Nesta área manipulei o diverso equipamento técnico existente, interpretando toda a informação fornecida pelo suporte ventilatório.



Na chegada à Unidade, o cliente é recebido pelo seu enfermeiro responsável, em colaboração com outro colega. O enfermeiro responsável, pelo doente, inicia os procedimentos de acordo com uma sequência lógica, nomeadamente: observação do cliente e parâmetros hemodinâmicos para obter valores de referência, colabora com o médico na conexão do cliente à prótese ventilatória, ajusta limites de alarme do ventilador, verifica a correcta adaptação do cliente à prótese, ajusta limites e alarme do monitor, verifica o nível de fixação do tubo endotraqueal e acolhe os familiares do cliente. O outro enfermeiro colabora no processo de admissão do doente: coloca rampas de pressão invasiva ao nível do eixo flebostático; prepara medicação verificando o ritmo das perfusões; avalia a permeabilidade dos acessos venosos; identifica as seringas e respectivos prolongadores; verifica a permeabilidade dos drenos, conteúdo drenado e características; no caso de haver drenagens torácicas deve verificar a eficácia da aspiração; verifica o volume e características da drenagem vesical; avalia a permeabilidade da sonda gástrica e conteúdo drenado; avalia a temperatura corporal e perfusão periférica; posiciona o cliente numa posição confortável (cabeceira a 30° se a situação clínica o permitir), entre outras.

A admissão destes clientes gera sempre uma situação de stress dado exigirem cuidados de manutenção de vida que nunca devem constituir rotinas estáticas e sistemáticas, pois todos os inúmeros saberes, todos os gestos tecnológicos e científicos desenvolvidos, consomem grandes quantidades de energia quer para os que recebem cuidados quer para quem os presta. Isto não é estanque, depende da instabilidade hemodinâmica de cada doente. Recebemos, directamente do bloco operatório, uma doente jovem vítima de agressão pelo marido com arma de fogo, na cabeça e no membro inferior direito. A instabilidade era imensa, como tal a sua admissão necessitou da prestação de cuidados de quase todos os enf<sup>o</sup>(s) da unidade. Os momentos foram de grande tensão, por ser uma jovem mas também pela situação em si. A unidade teve que ser encerrada às visitas e fechada à chave (uma vez que o indivíduo andava a monte e a indicação policial assim o sugeriu). Durante quase 3 horas tiveram de permanecer com esta doente 3 enf<sup>o</sup>(s), os restantes doentes foram redistribuídos pelos outros 2 enf<sup>o</sup>(s). As situações de tensão são uma constante nas UCI, e os enf<sup>o</sup>(s) têm que possuir grandes capacidades de intervenção rápida e eficiente.

A qualidade, rigor, observação completa e adequada do cliente/família, bem como a capacidade de aceitar a crítica promovendo a auto-reflexão e mudança de comportamentos/attitudes, foram factores sempre presentes e importantes na qualidade dos cuidados que prestei.

Do ponto de vista arquitectónico e estrutura física, esta Unidade possui todas as condições desejáveis para a excelência dos Cuidados de Enfermagem a prestar ao cliente crítico. O Serviço possui entrada de luz natural, através de pequenas janelas ao redor de toda a unidade, o que possibilita o contacto com a luz exterior (dia e noite). O contacto visual com a luz exterior, é importante pelo facto que interfere no ciclo circadiano de todos nós e especialmente de quem está vulnerável pelo efeito da doença e muitas vezes impossibilitado de expressar a sua

vontade. As boxes são individualizadas através de cortinas em todo o redor. A atitude da equipa é orientada na minimização deste aspecto e toda a sua actuação é no sentido da qualidade, humanização e respeito pelos direitos do cliente.

Principalmente no ambiente de UCI, como consequência dos inúmeros alarmes e equipamentos, além da comunicação da própria equipa de saúde, o nível de ruído é excessivamente elevado. Toda a equipa denota uma grande preocupação relativamente ao ruído, facto que me deixou bastante satisfeita. Os estudos nesta matéria demonstram a importância de minimizar ao máximo todos os ruídos de forma a diminuir o desconforto do doente. Esta é sem dúvida uma questão que importa à enfermagem.

De todo o material existente na Unidade tive oportunidade de o conhecer e manipular. O equipamento de depuração renal foi-me explicado o seu funcionamento. A Unidade possui equipamento para técnicas de diálise contínuas e técnicas intermitentes convencionais com possibilidade de realização de hemodiálise.

Outro aspecto que me merece destaque no período pós cirúrgico, são as estratégias de controlo da dor, farmacológicas e não farmacológicas, de fundamental importância para o conforto do cliente e para a obtenção da sua colaboração no pós-operatório. A tendência de subvalorizar a queixa de dor, talvez pelo receio injustificado de que o uso liberal de analgésicos possa levar a dependência física ou emocional, pode transformar o pós-operatório em trauma psicológico grave no momento em que a euforia e a satisfação pela superação da cirurgia deveriam prevalecer. Mesmo sob o ponto de vista estritamente físico, a dor no pós-operatório é prejudicial à convalescença normal por causar vasoconstricção, hipertonia muscular, taquicardia e taquipnéia por estímulo bulbar, podendo gerar graves arritmias, atelectasias e retenção de secreções na árvore brônquica. Nesta Unidade, a avaliação da dor, existe em Norma de Procedimentos do Serviço de Enfermagem, no sentido de minimizar/eliminar os inconvenientes da sua presença, tanto nos clientes conscientes como nos que se encontram sob o efeito de sedação.

A qualidade, rigor, observação completa e adequada do cliente/família, bem como a capacidade de aceitar a crítica promovendo a auto-reflexão e mudança de comportamentos/attitudes, foram factores sempre presentes e importantes na qualidade dos cuidados por mim prestados. É um serviço onde todos os registos são de carácter informático, lançados e consultados à cabeceira do doente, mostrando em tempo real todos os dados necessários para a implementação dos cuidados pela equipa de saúde.

Ressalvo um aspecto que dificulta a prestação de cuidados, assim como a sua uniformização: a panóplia de equipamento tecnológico. A não uniformização leva a um aumento da duração de integração de novos elementos, assim como o demorado entendimento de funcionamento dos diversos equipamentos. Este assunto foi debatido com a minha tutora e enf<sup>a</sup> chefe. É uma temática que não lhes passa despercebida, pelo contrário, no entanto, quando falamos em questões monetárias, que este tema assim o denota, passa um pouco por outras instâncias.

<b>OBJECTIVO</b>	<b>2- Manusear a aplicação informática CIPE/SAPE em exercício na UCI, com vista a uma melhoria contínua dos cuidados de enfermagem ao doente/família na UCI</b>
------------------	---

A avaliação dos cuidados, expressos através de registos de enfermagem, que se revestem de importância fundamental, pelas informações que representam, nomeadamente na avaliação do estado clínico do cliente, no conhecimento da progressão da doença, nas decisões tomadas e nos procedimentos efectuados, seguiu como regras básicas: a autenticidade, a linguagem técnica numa perspectiva científica, clara, concisa, pertinente e objectiva com mensagens facilmente interpretáveis, e a ortografia correcta, facilitando assim a análise crítica e a avaliação das actividades desenvolvidas, promovendo o planeamento de actividades e assegurando a continuidade dos cuidados de enfermagem. Os cuidados de enfermagem prestados a todos os clientes da unidade são documentados no seu processo electrónico. A terminologia utilizada é a da CIPE/SAPE Versão Beta 1. Os enfermeiros sentiram a necessidade da uniformização da linguagem, como sendo um requisito essencial para o desenvolvimento da sua profissão, com vista a criar uma comunicação adequada, facilitando a interpretação dos dados, promovendo cuidados responsáveis baseados em evidências e consequentes ganhos em saúde.

A existência de uma linguagem comum numa área do conhecimento é uma das condições essenciais para que esse conhecimento seja considerado uma ciência, com vista a haver universalidade dos termos e acções centradas no utente. Temos uma linguagem comum na padronização das nossas acções para registo e consequente continuidade de cuidados e um aspecto crucial para o sucesso dos processos terapêuticos.

A CIPE® versão 1.0. sendo mais que um vocabulário, é um recurso que permite aos profissionais fazer a análise das suas acções objectivamente. Esta classificação direcciona a sua atenção para a prática de Enfermagem, podendo os dados ser usados para apoiar a tomada de decisão clínica, avaliar os cuidados de Enfermagem e os resultados propostos. Permite desenvolver políticas de saúde e gerar conhecimento através da investigação. É dinâmica e tem em consideração aspectos culturais, sendo suficientemente abrangente para dar resposta aos diferentes contextos requeridos pelos diferentes países.

Para a CIPE® (2005) a utilização de uma terminologia partilhada para expressar os elementos da prática de enfermagem permite uma descrição objectiva facilitando a comparação das práticas e resultados de enfermagem entre cenários clínicos, populações de clientes, áreas geográficas e tempo.

Para determinar um plano de cuidados de enfermagem mais adequado ao doente é necessário identificar primeiro as suas necessidades e estabelecer prioridades. Ao realizar um diagnóstico, contemplando as adequadas intervenções, o enfermeiro deve conhecer a linguagem CIPE, e manter a equipa em permanente diálogo para que, assim, as decisões de enfermagem fiquem

facilitadas utilizando uma linguagem normalizada e descritiva das intervenções essenciais de enfermagem. Para a concretização deste objectivo tive necessidade de consultar os manuais da aplicação CIPE/SAPE

Na unidade, os registos são efectuados na aplicação informática SAPE. A esta dediquei especial atenção aproveitando todos os momentos para efectuar registos. A equipa era bastante assertiva nesta área, recorrendo ao diálogo quer durante o tempo de trabalho quer nas passagens de turno, de forma a esclarecerem dúvidas, auscultar opiniões. A equipa reconhece a importância da uniformização da linguagem. Esta uniformização proporciona a visibilidade das práticas de enfermagem dando um grande contributo para a valorização da profissão. É um instrumento de organização do cuidado que contribui para a autoconfiança e autonomia profissional. (Simões, 2007: 23)

<b>OBJECTIVO</b>	<b>3- Promover a humanização dos cuidados de enfermagem na UCI</b>
------------------	--

O ambiente das Unidades de Cuidados Intensivos é por si só um ambiente tenso em termos de pressão psicológica, sendo difícil de tolerar se não se conseguir manter a calma e o domínio próprio. Os clientes e familiares em situação de crise esperam dos Enfermeiros um envolvimento e uma atitude de compreensão e ajuda, que exige muito auto controle por parte do profissional passando por uma comunicação eficaz e eficiente.

Uma doença grave, pode constituir uma barreira à comunicação e, nomeadamente na Unidade de Cuidados Intensivos, onde os clientes na sua maioria se encontram com via aérea artificial, e submetidos a ventilação mecânica. Este procedimento invasivo vai impossibilitar o cliente de se expressar verbalmente, tendo por isso de adoptar meios de comunicação alternativos nomeadamente a mímica labial e gestual. O artigo 89 do *Código Deontológico do Enfermeiro* refere-se especificamente à humanização dos cuidados: “O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de:

- a) dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade;
- b) contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa”.

O cliente apesar de não conseguir comunicar verbalmente, pode estar completamente lúcido e orientado, e o facto de não se conseguir expressar pode ser um causador de stress. Por isso, nas Unidades de Cuidados Intensivos é frequente o uso de outras intervenções para facilitar a comunicação com o cliente ventilado.” À atitude de conversar, informar o paciente, localizá-lo no tempo e no espaço, identificá-lo pelo nome, enfim, personalizar o atendimento.” (Vila e Rossi, 2002:140).

O doente deve ser considerado como uma pessoa que está num momento difícil, mas que é um ser humano com necessidades, sentimentos, alguém que precisa não apenas de cuidados físicos, mas também psico-socio-espirituais.

Procurei manter uma relação de ajuda com o cliente/família com base nos princípios éticos e deontológicos da profissão. Barlem et al (2008: 1048) conclui um estudo com esta frase que denota em muito a comunicação nas UCI, "...comunicar-se com o paciente em uma UCI é mais do que lhe explicar, ainda que detalhadamente sobre um procedimento ou uma medicação: é estar ali por ele e com ele, dar-lhe atenção e interagir."

O processo de adoecer na pessoa adulta é um processo vivido de um modo único, onde cada indivíduo percepção a sua doença em relação a si próprio, em relação com os outros e com o meio que o rodeia de forma singular. Este tem que ser entendido como um ser humano com necessidades e sentimentos. Necessita de cuidados físicos, mas estes não podem ser isolados, as necessidades psicológicas, sociais e espirituais também são deveras importantes e devem ser tidos em atenção. (Vila e Rossi, 2002:140).

A doença e a hospitalização é sempre fonte de ansiedade, insegurança, revolta, por parte do cliente/família, originando, muitas das vezes, crises familiares. O modo como a família se adapta a estas situações pode afectar o cliente e a evolução da própria doença. A família tem, assim, um papel relevante a desempenhar na determinação do desenrolar da doença. Tendo em conta todos estes aspectos e todo o ambiente gerador de ansiedade envolvente, tentei, sempre que possível, minimizá-lo fornecendo informação pertinente e acessível de acordo com o nível de entendimento do cliente/família fazendo uso de uma comunicação apropriada, transmitindo informações no âmbito das competências de enfermagem, relevantes correctas e compreensíveis. O envolvimento com o doente e a família é um pré-requisito essencial para humanizar. A informação adequada, com palavras simples e condizentes com o nível sociocultural dos familiares, é um importante requisito para a humanização do cuidado. (Vila e Rossi, 2002:140)

O acolhimento à família e pessoas significativas dos clientes internados na Unidade, também foi por mim efectuado na exigência da qualidade de cuidados de enfermagem de forma a incentivar a pessoa significativa na parceria de cuidados. Embora exista um horário de visitas, a equipa não utiliza esta regra de uma forma estanque. São elementos muito atentos às necessidades do doente/família, permitindo a permanência dos familiares para além do horário pré-estabelecido. O enfermeiro tem um papel preponderante com o doente/família. Esta relação deve ser específica uma vez que cada doente/família possui as suas particularidades. Estas devem ser compreendidas e respeitadas de forma a estabelecer uma relação eficaz.

Doente vítima de acidente de viação, com fracturas múltiplas e necessidade de conexão a prótese ventilatória, sedado e curarizado com a evolução de 2 dias. Recebeu a visita da esposa pela 2ª vez. Estava prestando cuidados a este doente quando entra a filha, menina de 12 anos de idade, triste, assustada. Dirigi-me a ela e começamos a conversar, tentei desmistificar toda aquela panóplia de equipamento com que o pai estava rodeado. Incentivei o diálogo com o pai mas esta menina estava deveras assustada. Devemos fazer o necessário

para que o paciente e a família se sintam mais acolhidos e seguros para enfrentar de maneira mais positiva um dos momentos mais difíceis da vida. Questionei porque não tinha entrado na companhia da mãe, respondeu que tal não lhe fora permitido. Dirigi o meu discurso para a minha tutora e para a chefe de equipa nesse turno, questionando a possibilidade de esta menina se fazer acompanhar da mãe para visitar o pai. Houve um pouco de renitência mas argumentei. Assim esta criança pode visitar o seu pai acompanhada da sua mãe que lhe proporcionou menos ansiedade e um porto de abrigo. Uma criança não deve estar sujeita a estas situações sozinha. As regras existem mas têm que ser “contornadas” consoante as necessidades de cada doente/família. Este episódio relata a necessidade de existir sempre ajustes às regras instituídas.

A comunicação interpessoal pode ser definida como um conjunto de movimentos integrados, que calibra, regula, mantém e, por isso, torna possível a relação entre os homens. É o veículo através do qual o enfermeiro conhece a pessoa, determina as suas necessidades e intervém sobre elas de forma eficiente. É um processo interactivo e pluridireccional onde se transmitem mensagens de forma verbal e não verbal.

Sendo a enfermagem uma profissão em que a comunicação interpessoal é a chave de todo o nosso trabalho e, uma vez que comunicar faz parte do nosso dia-a-dia, pretendi desenvolver competências na área comunicacional, pois o exercício da enfermagem a par dos desenvolvimentos de competências técnicas exige cada vez mais que o enfermeiro se torne um perito em comunicação. Nunes (2006: 324) numa conferência proferiu um discurso onde mencionou o seguinte “... é necessário lembrar que desde Nightingale, encontramos a preocupação com a qualidade do atendimento prestado aos soldados, a qual contemplava além das formas de tratamento e higiene, da luz e do ar, as questões relacionadas ao seu bem-estar.”. Esta mensagem realça, sem dúvida, a importância tão remota da humanização dos cuidados em todos os seus contextos.

A entrada da unidade, na sala de espera existe um cartaz informativo aos familiares com informações úteis sobre esta. Quando efectuei a 1ª entrevista com a enfª chefe reparei no mesmo, muito infantilizado, em mau estado de conservação e desactualizado. Achei pertinente e efectuei a proposta de desenvolver um novo cartaz informativo aos familiares, sobre a funcionalidade da unidade. O projecto acolheu grande receptividade por parte da chefia. Assim, desenvolvi um cartaz informativo com informações importantes como: horário das visitas, a importância da desinfeção alcoólica das mãos antes de entrar na unidade, a necessidade de utilizar uma bata como barreira de protecção para o doente, a importância de existir uma pessoa significativa que será o elo de ligação entre a família e os profissionais de saúde (Anexo 3). Após a sua elaboração este foi apresentado à equipa numa formação em serviço. Elaborei 2, cada um com a sua cor, deixando a escolha e possíveis alterações ao critério da equipa. A receptividade foi excelente, todos gostaram e escolheram o cartaz com o fundo azul. A chefia enviou o mesmo para a gráfica do HDF para ser compilado nas medidas necessárias

e colocado no respectivo local. É muito gratificante observar que o nosso trabalho tem resultados positivos.

A humanização dos serviços em especial das UCI implica o desenvolvimento de actividades no sentido de estabelecer uma relação eficaz com o doente/família. Manter uma informação correcta e actualizada é muito importante nesta área. A comunicação é deveras importante quer seja verbal ou não verbal.

<b>OBJECTIVO</b>	<b>4- Contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na UCI, colaborando com a formação em serviço.</b>
------------------	---

Outra actividade que propus foi a implementação de um boletim informativo – *Newsletter* (Anexo IV), no âmbito da formação em serviço. **Boletim informativo** (*newsletter* em inglês) é um tipo de publicação de distribuição regular, neste caso mensal, com distribuição electrónica que é encaminhada pela internet para o *e-mail* pessoal de cada profissional. A formação em serviço assume um papel fundamental na actualização dos conhecimentos e no aperfeiçoamento da prática de Enfermagem. “Sendo um direito, é igualmente um dever dos profissionais e o seu sucesso depende do envolvimento de todos. É essencial a convergência entre interesses institucionais, realidade dos serviços e ambições individuais.” (Paixão, 2009: 7) O desenvolvimento desta parceria traduzir-se-á certamente num maior reconhecimento social da Enfermagem. Quando apresentei este projecto à enf<sup>a</sup> chefe da unidade, de imediato esta ficou bastante agradada. Acordamos que eu efectuar a edição nº1 e apresentaria à restante equipa numa formação em serviço. Nesta iríamos delinear as estratégias necessárias ao seu desenvolvimento (Anexo V). Era notório um certo distanciamento da formação em serviço pela equipa. Este projecto, uma vez que iria ser necessário a intervenção de alguns grupos de trabalho, iria de encontro às necessidades do serviço, unir a equipa.

Posteriormente esta foi apresentada à equipa onde foi delineado os grupos de trabalho necessários ao seu desenrolar periódico. Os grupos de trabalho propostos foram: parte gráfica, conteúdos, editorial e agenda científica. A receptividade foi muito boa, tendo ficado delineado o próximo tema, assim como alguns grupos de trabalho.

Ainda neste âmbito, senti a necessidade de uniformizar a prática de cuidados inerentes à Alimentação Entérica (Anexo VI). Durante as passagens de turno denotei um desfasamento de procedimentos nesta matéria, não existia uma linha condutora, existindo algumas intervenções questionadas durante a passagem de turno. Deste modo, realizei uma acção de formação sobre esta temática, apresentando aos colegas as novas orientações dos diversos autores.



Independentemente do tipo de alimentos e do método de administração utilizado, a aplicação de um protocolo de AE é uma decisão fundamental. Tem como objectivo melhorar a administração da AE através da uniformização de atitudes e critérios de actuação. A nutrição em doentes internados em UCIs é uma área à qual muitas vezes não foi dada a importância devida. Recentemente, no entanto, vários estudos vieram demonstrar que o estado nutricional condiciona o prognóstico destes doentes. (Rosa et al, 2005; ASPEN, 2009). Os autores são unânimes a AE deve ser iniciada, 24h até 48h após a agressão ou traumatismo, o mais precoce possível de forma a restabelecer o metabolismo do trato gastrointestinal. As vantagens são evidentes e é o método nutricional mais vantajoso. O estado nutricional afecta o prognóstico do doente crítico.

A nutrição entérica é considerada o método mais eficaz e económico para nutrir doentes críticos. Esta preserva melhor a barreira do intestino e a resposta imunológica local. A introdução precoce promove as trocas a nível da barreira intestinal.

Devo referir que, esta contribuição, foi uma mais-valia para toda a equipa onde houve uma grande participação de todos, inclusive de alguns colegas no domicílio que por uma razão ou outra não puderam estar presentes fisicamente, mas estiveram on-line através da plataforma E-Learning dando também o seu contributo. Foi muito produtivo, e posteriormente houve mudanças de comportamento que era o que se pretendia. O grupo de nutrição, dentro da equipa estava já a preparar as alterações necessárias à uniformização da alimentação entérica, principalmente no que concerne à estase gástrica. Aqui a participação foi multidisciplinar, com intervenções de clínicos.

Mais do que uma valia curricular, a formação em contexto clínico deve conter em si o manancial de saberes que satisfaçam as necessidades da organização (por extensão do serviço), dos profissionais e dos utilizadores (indivíduo, famílias e comunidade), pelo que deverá ser entendida numa tripla vertente de saberes: *saber* (dimensão cognitiva), *saber fazer* (dimensão operativa/técnica) e *saber ser e estar* (dimensão ética e relacional); para tal, a articulação de ser transversal e ter um carácter evolutivo. Esta nova forma de comunicar entre enfermeiros (de enfermeiro para enfermeiro) tem como objectivo aumentar a partilha de conhecimentos.

A elaboração destes objectivos e diferentes actividades permitiram desenvolver/aprofundar conhecimentos na área médico-cirúrgica, no âmbito da prática de cuidados ao doente crítico. A participação activa possibilitou o desenvolvimento das seguintes competências:

- 🚩 Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;



- ✚ Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
- ✚ Zelar pelos cuidados prestados na sua área de especialização;
- ✚ Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- ✚ Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização;
- ✚ Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
- ✚ Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- ✚ Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
- ✚ Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;
- ✚ Reflectir na e sobre a sua prática, de forma crítica;
- ✚ Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- ✚ Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização;
- ✚ Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
- ✚ Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- ✚ Identificar as necessidades formativas na sua área de especialização.

No decorrer desta componente prática do Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, participei activamente na prestação de cuidados diferenciados ao cliente crítico direccionando todo este processo de desenvolvimento para uma atitude mental própria de juiz competente perante o doente de alto risco, numa perspectiva holística, habilitando-me a agir eficientemente em contextos instáveis. O enfermeiro, enquanto elemento fundamental numa abordagem multidisciplinar destes doentes, necessita de constante actualização e desenvolvimento dos seus conhecimentos não apenas numa vertente tecnicista, que irremediavelmente conduz à desumanização dos cuidados prestados, mas numa abordagem holística da pessoa doente. Neste percurso de formação profissional e pessoal de pessoa que cuida de doentes em estado crítico pretendi ilustrar o meu dia-a-dia.

Os cuidados de Enfermagem constituem um ramo de factores que contribuem para a comunicação terapêutica. Uma das qualidades a atingir é cuidar através da comunicação. O saber comunicar, escutar, observar e avaliar a situação perante os possíveis, e variáveis problemas que possam existir, é de primordial importância no estabelecimento de uma relação de empatia com o doente/família em situações de doença aguda/emergente pois são situações

geradoras de grande stress. É esta capacidade simbólica e expressiva que permite o encontro com o outro e onde o outro encontra sempre um meio de acolhimento.

Neste percurso de desenvolvimento profissional e pessoal que naturalmente exige o envolvimento de vários intervenientes, nomeadamente eu como formanda, a Enfermeira Tutora, a Enfermeira Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos, todos os elementos da Equipa de Enfermagem e toda uma Equipa Multidisciplinar proporcionaram-me momentos preciosos na minha formação e que me ofereceram oportunidades para mobilizar, integrar, aplicar e adquirir conhecimentos, atitudes e saberes no desenvolvimento de competências de intervenção especializada em clientes de alto risco.

Ressalvo como factor fundamental nesta busca de conhecimentos e obtenção de habilitações específicas no âmbito do cliente crítico, toda a prática facilitada pela instituição que possui condições notáveis que estimulam a actividade profissional como uma ciência do cuidar no limiar da mestria.

Globalmente, esta etapa, sustentáculo insubstituível de aprendizagem, garantiu-me um conjunto de possibilidades onde interiorizei, melhorei e alarguei experiências e capacidades no decurso da formação teórica própria do cumprimento de tarefas na zona de acção do cliente de elevado risco.

## 2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

**“Não me envergonho de corrigir os meus erros e mudar as minhas opiniões porque não me envergonho de raciocinar e aprender.”**

**Alexandre Herculano**

Quando se fala de competências é impossível não fazer referência a Patrícia Benner (2001). O seu modelo de desenvolvimento refere 5 estádios: Iniciado, Iniciado-avançado, Competente, Proficiente e Perito, sendo este último normalmente associado ao papel do enfermeiro especialista, uma vez que este apresenta uma: Compreensão intuitiva, Capacidade de previsão, Centra-se no fulcro do problema, é Flexível e apresenta um elevado nível de Adaptabilidade. DIAS (2006, p. 36) define competências como “características individuais...conhecimentos gerais e especializados que permite ao enfermeiro realizar autonomamente uma vasta gama de actividades, designada por cuidados de enfermagem...”. Deste modo, as competências baseiam-se, antes de mais, nas qualidades pessoais dos enfermeiros, associado aos conhecimentos.

Hoje os graus de exigência profissionais são cada vez maiores. Assim, torna-se óbvio que, cada vez mais, temos de ser detentores de elevados graus de conhecimento(s), de saberes e de “verdades”. Não só porque permite estar noutra nível de troca de experiências mas, fundamental e principalmente, em constante evolução/absorção de novas matérias. Segundo COLLIÈRE (1999, p. 260) “É necessário que os conhecimentos utilizados por uma profissão constituam um património, que gerem outros conhecimentos e sirvam de alicerces permanentes a toda uma evolução profissional”.

Neste percurso de aprendizagem e aquisição de competências na área dos cuidados paliativos, importa realçar o notável campo de estágio facultado pelo HL, mais especificamente a unidade de cuidados paliativos. Esta proporciona extraordinárias condições de trabalho e grandes impulsionadoras para a boa prática de cuidados e excelência do exercício profissional nesta área.

Gostaria de realçar, uma vez mais que os cuidados paliativos constituem uma área da saúde onde se deve investir cada vez mais. Por diversas razões, desde o aumento da longevidade e consequentemente das doenças crónicas, bem como, constituir um tipo de cuidados que tem como base a pessoa e não a doença. A visão dos cuidados é efectuada de uma forma global, numa perspectiva holística da pessoa humana.

No início da caminhada quando pensava em Cuidados Paliativos surgia imediatamente a ideia errónea de pessoas numa fase terminal, onde “já não há nada a fazer”, no entanto actualmente abrimos as portas a uma realidade onde existe tanto (tudo) para fazer. Quando já não existe

uma resposta da medicina curativa, existe ainda a possibilidade de amar, assegurar conforto, impedir o sofrimento, pode-se ainda ajudar as pessoas a viver a vida como quiser e com quem quiser. É importante desmistificar a ideia que existe sobre o paliar, pois cuidar de uma pessoa no final de vida é indubitavelmente cuidar de uma pessoa com vida, que tem sentimentos, emoções, necessidades, vontades. Este campo de estágio superou todas as minhas expectativas. Permitiu o desenvolvimento de competências na área relacional doente/família. O meu maior desafio foi *cuidar com e não de*. Toda a minha prática de cuidados denota esta interacção deveras importante.

A Medicina Intensiva é uma área multidisciplinar e multiprofissional (médicos /enfermeiros/terapeutas) que diz respeito à abordagem e tratamento de doentes com (ou em risco de) falência orgânica ou multiorgânica por doença ou traumatismo. As Unidades de Cuidados Intensivos estão equipadas de forma a fornecer um elevado nível assistencial (técnico e terapêutico) a este grupo de doentes. Este ME efectuado na UCIP apresentou-se com grandes desafios. A panóplia de equipamento de monitorização e tratamento foi sem dúvida um. O meu envolvimento no apoio aos familiares, assim como na área da formação em serviço deixou com certeza marcas definitivas da minha passagem por esta unidade. É gratificante sentir que o nosso esforço foi de encontro às necessidades. As actividades desenvolvidas, assim como as competências adquiridas, ao longo deste estágio foram importantes para o meu crescimento profissional.

Dou por mim a pensar no fluir do tempo, na rapidez com que passou este último ano e em como cresci, como alterei formas de pensar e de agir. Mais do que meros conhecimentos teóricos o ingressar no curso permitiu-me crescer, amadurecer, coisas difíceis de transcrever para o papel, visíveis apenas em actos.

O que torna a Enfermagem uma profissão, em que cada cuidado é personalizado num contexto relacional é o tipo de comunicação. Uma comunicação deliberada, centrada no utente, com a intenção de o ajudar a tornar-se mais independente nas suas actividades ou a aumentar o seu conforto. Compreende-se nesta óptica de ideias, que a comunicação em Enfermagem é imprescindível para o acto de cuidar. Esta área foi abrangente durante os ME, dentro das especificidades de cada esta temática foi constante. Uma comunicação adequada é a base do *cuidar*.

A comunicação engloba todas as formas de intercâmbio de ideias, sentimentos, emoções, o que a torna uma componente básica de todas as relações humanas. Comunicar é um meio de socialização da pessoa, é através da comunicação que podemos escutar, compreender e ajudar os outros numa relação de ajuda e/ou terapêutica.

É pela comunicação estabelecida com os utentes que podemos compreendê-los no seu todo e assim podemos identificar os seus problemas e ajudá-los na realização das suas necessidades. Esta, permite o relacionamento efectivo com os utentes, promove a

manifestação dos seus sentimentos e os seus problemas, para tal, o enfermeiro deve demonstrar disponibilidade e proporcionar momentos adequados de empatia, ou nestes momentos, ter a possibilidade de perceber, sentir, saber, o que o utente lhe transmite através dos diferentes tipos de comunicação. “Para alcançar uma comunicação satisfatória e prestar um cuidado humanizado, é preciso que o enfermeiro deseje envolver-se e acredite que a sua presença é tão importante quanto a realização de procedimentos técnicos...” (Pontes et al, 2008: 317)

Além do saber fazer profissional adquirido, com valorização da qualidade na comunicação, o enfermeiro é também detentor de um conjunto de habilidades pessoais e de experiências em que participou. Estas constituem pontos fortes na execução quer dos cuidados de enfermagem quer na adopção de atitudes e comportamentos de comunicação terapêutica. O enfermeiro que maior rentabilidade tirar das suas habilidades e melhor as desenvolver e reflectir sobre as suas experiências vividas, melhor desenvolverá o processo de construção e reconstrução da Enfermagem como Ciência Prática do Cuidado.

Como referi anteriormente intitulei o meu relatório *Enfermeiro Especialista: aprendendo e evoluindo...* uma vez que este percurso é de aprendizagem e aquisição de competências. A evolução foi uma constante tentando que a minha performance em ambos os estágios fosse de aprendizagem como a resolução de questões pertinentes à prática de enfermagem, tendo em vista os perfis de cada módulo assim como das próprias unidades. Melhorar a prática de cuidados em enfermagem deve ser uma constante, e nestes dois campos de estágio senti que a minha prestação foi de elevar a qualidade das práticas indo de encontro às necessidades do doente/família.

Detectar situações problema, implementando estratégias à sua melhoria foi uniforme. No primeiro módulo, unidade de paliativos, contribui para a melhoria da prestação de cuidados aos familiares, iniciando a implementação do Índice de Exaustão Familiar de Zarit, na sua forma reduzida. Na unidade de cuidados intensivos desenvolvi dois projectos bastante importantes. Uniformizar a prática de cuidados, mais especificamente na área da Alimentação Entérica (êxtase gástrica) é muito importante nos doentes críticos. Esta contribui directamente para a evolução do seu estado clínico. Outra implementação que considero importante é a implementação da Newsletter na área da formação em serviço. Esta nova partilha de conhecimentos foi de encontro às necessidades do serviço.

Este percurso foi um caminho árduo, mas muito gratificante, sendo a aquisição de competências constante. Por vezes, houve alguns sentimentos menos próprios ao seu “*bom porto*”, no entanto o excelente acompanhamento que detive foi essencial para o seu término.

Mais do que uma simples actualização de saberes, a evolução profissional é um crescimento de competências. Assim, necessariamente, devem associar-se as competências científicas, técnicas e morais no sentido de serem prestados serviços superiores em que se olha holisticamente para o doente. O relacionamento com profissionais sabedores da sua realidade

diária é uma das condições fundamentais num estágio. No decurso do meu, tive o privilégio de me permitirem partilhar saberes, particularmente os meus tutores, fontes inesgotáveis de valor acrescentado para quem anseia por evoluir. Tive, ainda, a oportunidade de, privando com enfermeiros especialistas, aferir que estes são pedras basilares no serviço. Pois, actuando como exemplos para os restantes, transmitem capacidades, atitudes, sabedoria e técnicas demonstrando e visionando os cuidados que estes vão prestando. Durante este percurso de estudo e registo fui cogitando sobre o que podia (e devia) melhorar na nossa prestação diária se fosse promovido o diálogo assertivo entre todos. Além disso existe alguma resistência à mudança de certas rotinas que, de tão repetidas e repetitivas, se institucionalizaram de tal forma que interpõem-se em mais do que um serviço. Pelo que, julgo que, o enfermeiro especialista deve “impor-se” de forma a facilitar o movimento de conhecimentos entre serviços/enfermeiros contribuindo, desta maneira para a elevação da melhoria dos cuidados prestados a níveis.

Termino este relatório com uma frase que faz todo sentido em qualquer processo de aprendizagem:

“o cuidador deve pois melhorar a compreensão que tem de si próprio, das suas crenças, dos seus hábitos, das suas aversões, dos seus receios, tomar consciência dos seus mecanismos de projecção e de defesa, a fim de adquirir uma autenticidade e um certo nível de confiança que lhe permitiram melhorar a qualidade dos cuidados que presta.” (Rispaill, 2002:2)

### 3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**ASPEN** – Jornal of Parenteral and Enteral Nutrition, Vol 33, nº2, March/April 2009

**ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS.** Organização de serviços de cuidados paliativos. Critérios de qualidade para unidades de cuidados paliativos. (19). Edição Internet.

[http://www.wapcp.com.pt/uploads/critérios\\_de\\_qualidade-2006.pdf](http://www.wapcp.com.pt/uploads/critérios_de_qualidade-2006.pdf).

**ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS** – “Organização de Serviços em Cuidados paliativos – Recomendações da ANCP”. 2006.

**ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS.** Classificação Internacional para a prática de Enfermagem CIPE ®Versão1.0, Lisboa, 2005.

BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça – **Manual de Cuidados paliativos**. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. ISBN: 978-972-9349-22-5

BARLEM, et al - Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. **Revista Electrónica de Enfermagem**. [Internet]. 2008;10(4). p.1041-9.

<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a16.htm>.

BENNER, P. – **De iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto, 2001. 295 p. ISNA 972-8535-97-X

CANDY, Bridget, e tal - Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. **Intervencion Protocol**, Copyright, January, 2009

COLLIÈRE, M. – **Promover a Vida – Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa. Lidel, 1999 Edições Técnicas. ISBN 272 96-0009-4

DIAS, M – **Construção e validação de um inventário de competências**. Loures: Lusociência, 2006. 398 p. ISBN 972-8930-14-3

**ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS** - Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril., alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro

FRIAS, Cidália – O enfermeiro com a pessoa em fim de vida na construção do cuidar. **Revista Referência**. II.ª Série - nº 6 – Junho de 2008, p.57-67

GALVÃO, Maria Cristina – O que a Maria me ensinou. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, nº 19. 2003 p.32-38

GOLDSTEIN, Nathan e tal – Palliative care for patients with head and neck cancer. **Perspectives on care at the close of life**. American Medical Association, April, 2008

GONÇALVES, Ferraz – **Controlo de Sintomas no Cancro Avançado**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002. 239 p. ISBN 972-31-0960-3;

HESBEEN, Walter – **Cuidar no hospital**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN: 972-8383-11-8

ICN - CIPE/ICNP. **Edição Associação Portuguesa de Enfermeiros**, ISBN 972-98149-5-3

LUMINI, Júlia A. Silva – Dignidade de morrer no hospital: utopia ou realidade? **Nursing**. Nº 227 (Novembro de 2007), p. 7-12.

MERCADO, Solange; WILKINSON, Susie; MOORE, Philippa - Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. **Intervencion Review**, Copyright, January, 2009

MOREIRA, Isabel – **O doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família**. Coimbra: Formasau, 2001. ISBN: 972-8485-22-0.

NETO, Isabel – A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, nº 19. 2003 p.68-74

NEVES, Chantal [et al.] – **Cuidados Paliativos**. 1ª ed. Coimbra: Sinais Vitais, 2000. 147 p. ISBN 972-8485-16-6.

NÚCLEO DE CUIDADOS PALIATIVOS – Recomendações para o tratamento farmacológico da dor. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, nº 23. 2007 p.457-464



NUNES, Lucília - A humanização na saúde: estratégia de marketing? A visão do enfermeiro. **Revista Brasileira de Bioética**. Vol 3 nº 3, 2006. p. 313 -327

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Desenvolvimento Profissional – Individualização das especialidades em Enfermagem: Fundamentos e Propostas de Sistema. **Revista da OE**. 26 Suplemento, Junho de 2007. p. 9-20 ISSN 1646-2629.

PACHECO, Susana – **Cuidar a pessoa em fase terminal** - Perspectiva ética. Loures: Lusociência, 2002. ISBN -972-8383-30-4.

PAIXÃO, Hugo - Formação em serviço das motivações aos contributos para o desenvolvimento profissional. **Revista Sinais Vitais**, nº87 Novembro de 2009. p. 7-11

PEREIRA, Maria Aurora – A verdade e a esperança na comunicação de más notícias em saúde. *Enfermagem Oncológica*, nº 28 e 29, Out/Janeiro, 2004. p.34-39

PEREIRA, Maria da Graça; LOPES, Cristiana – **O doente oncológico e a sua família**. Climepsi Editores – 2º Edição, Lisboa, Setembro, 2005. ISBN 972-796-195-9. 146 P.

PHIPPS, et al - **Enfermagem Médico Cirúrgica. Conceitos e prática Clínica**. 6ª edição, Lusociência, Lisboa. 2003

PONTES, Alexandra et al – Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2008 Maio-Junho; 61(3). p: 312-8.

PORTUGAL. Código Deontológico do Enfermeiro – Artigo 87.º. DL 104/98.

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde – **Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento**, DGS, Lisboa. 2004

Portugal, Ordem dos enfermeiros. *Decreto-lei nº 161/96*, de 4 Setembro

**PROGRAMA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS**, Aprovado por Despacho do Ministro da Saúde de 15 de Junho de 2004, Publicado em Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde, nº 14 – CGCG de 13.07.2004.

RISPAIL, Dominique – **Conhecer-se Melhor para Melhor Cuidar: Uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem**. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-42-8

ROSA et al- **Nutrição Entérica em Cuidados Intensivos**, Artigo de Revisão, Julho/Agosto 2005

SIMÕES, Cláudia; SIMÕES, João - Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE® segundo as Necessidades Humanas Fundamentais, **Revista Referência**. II.<sup>a</sup> Série - nº 4 – Junho de 2007, p.9-23

SWEARING, P.L. - **Manual de Enfermagem em cuidados Intensivos**. 4ª edição, Lusociência, Lisboa, 2003.

THELAN, Lynne; URDEN, Linda; DAVIE, Joseph - **Enfermagem em cuidados intensivos: Diagnóstico e intervenção**. Lusodidacta, Lisboa. 1993

TWYXCROSS, Robert – **Cuidados paliativos**. Climepsi Editores – 2º Edição, Lisboa, Novembro 2003. ISBN: 972-796-093-6

VILA, Vanessa; ROSSI, Lúcia - O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: *muito falado e pouco vivido*. **Rev Latino Enfermagem**, 2002 Março-Abril; 10(2) p. 137-44. Consultado em: <http://www.eerp.usp.br/rlaenf>

# Anexos

Anexo I – “Exaustão Familiar – Índice de Zarit uma necessidade”

Instituto De Ciências Da Saúde  
Universidade Católica Portuguesa  
3º Curso De Mestrado Em Enfermagem  
Especialização Em Enfermagem Médico-Cirúrgica 2009/2011  
Estágio De Opção Unidade De Cuidados Paliativos  
Hospital Da Luz

# **EXAUSTÃO FAMILIAR**

## **ÍNDICE DE ZARIT**

### **UMA NECESSIDADE**

**Elaborado por:**

**Ana Paula Teixeira da Costa**

**Nº192009132**

**Lisboa, Maio 2010**

**“A morte faz cessar uma vida,  
mas não os relacionamentos que podem lutar  
na mente do sobrevivente...”**

**Robert Anderson**

**Índice**

<b>0 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>1 – A FAMÍLIA ENQUANTO PRESTADORA DE CUIDADOS .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 – A ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR DE ZARIT (BURDEN INTERVIEW         SCALE) ESC .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1.1 – Aplicação prática .....</b>	<b>11</b>
<b>2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>15</b>
<b>3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>16</b>

## 0 – INTRODUÇÃO

O envelhecimento progressivo da população e o aumento das doenças crónicas traduz-se num aumento exponencial de pessoas com capacidades funcionais e cognitivas, tornando-as dependentes. A diminuição conjunta da taxa de mortalidade e da taxa de natalidade tem tido, como consequência, o progressivo envelhecimento da população portuguesa, que se traduz por um estreitamento significativo da base da pirâmide etária e um alargamento dos grupos etários intermédios (DGS, 2005)

As doenças cardiovasculares, cérebro-vasculares, neurológicas, tumores malignos, fracturas e a SIDA são os grupos de patologias que, resultam numa perda de autonomia para a pessoa doente, de uma forma permanente e prolongada, provocando situações de dependência de cuidados de saúde e sociais. (DGS, 2005)

O envelhecimento da população mundial coloca-nos um desafio: enfrentar a realidade pro-activamente e de forma criativa para dar melhor qualidade de vida a essa franja populacional. Com o aumento da esperança de vida surge a prevalência de doenças crónico-degenerativas que somadas à pluripatogenia podem originar maiores períodos de hospitalização e progressiva perda de autonomia nos idosos. Aquela provoca uma mudança nas rotinas diárias do idoso e um objectivo afastamento dos seus objectos pessoais. Frente a frente com esta realidade o enfermeiro deve prestar assistência que envolva o aspecto social, cultural, psicológico e não só a procura da melhora das doenças, incluindo o apoio e a palição quando a cura já não é tangível.

Muito se diz que a família é substituída por outras instituições ou grupos sociais no entanto esta “...continua a ser uma instituição significativa para o suporte e realização efectiva do indivíduo.” (Pimentel, 2001, pág. 81)

“O estudo da sobrecarga associada ao cuidar de idosos com dependência, de causa “física” ou “mental”, constitui uma prioridade em termos de saúde pública, pelo facto de possibilitar a avaliação das consequências negativas no cuidador informal.” (Sequeira, 2010, pág 6).

Deste modo, ir ao encontro das necessidades da família é deveras importante em cuidados paliativos. No âmbito do estágio de opção do 3º Curso De Mestrado Em Enfermagem, Especialização Em Enfermagem Médico-Cirúrgica 2009/2011, realizado



na unidade de cuidados paliativos do Hospital da Luz, propus-me iniciar a implementação da escala de exaustão familiar reduzida de Zarit. Este trabalho vai enquadrar-se nas necessidades do serviço de forma a ir cada vez mais de encontro às necessidades familiares dos doentes paliativos, e porque a exaustão familiar é uma das causas que leva ao seu internamento.

Este trabalho escrito vai servir de base a uma apresentação aos colegas da unidade de modo a se iniciar a aplicação prática do mesmo. Ir de encontro às necessidades da família é elementar em cuidar de doentes paliativos, pois esta é a base do cuidado. Assim, com a elaboração deste trabalho pretendo atingir os seguintes objectivos:

- Dar a conhecer a Escala de Sobrecarga do Cuidador de ZARIT - Burden Interview Scale – (ESC) na sua forma reduzida;
- Reforçar a importância da sua utilização;
- Realçar a importância do apoio familiar em cuidados paliativos;
- Demonstrar a aplicabilidade da Escala de Sobrecarga do Cuidador de ZARIT - ESC.

## **1 – A FAMÍLIA ENQUANTO PRESTADORA DE CUIDADOS**

“No contexto sócio cultural actual, a família continua a desempenhar um papel fundamental e a ser a unidade básica em que nos desenvolvemos e socializamos. É essencialmente nela e com ela que cada indivíduo procura o apoio necessário para ultrapassar os momentos de crise que surgem ao longo do ciclo vital.” (Moreira, 2001, pág. 19). O mesmo autor pág. 26 escreve que o “impacto do diagnóstico de uma doença grave e a perda no seio de uma família, são vivências únicas influenciadas por um conjunto de factores relacionados com a própria doença, com o indivíduo, a família e o contexto sociocultural em que são vividos.”

Para a família poder cumprir a sua responsabilidade de cuidar, tem de obter apoio na prestação dos cuidados. Precisa ainda de ser informada sobre as mudanças e forma de actuar perante as mesmas, pois desta maneira o doente e família podem assumir algum controle da situação, reduzindo a angústia e ansiedade. Perceber como cuidar da família do doente terminal é fundamental em cuidados paliativos, conseguindo-se desta forma que esta seja um elemento activo e único da equipa prestadora de cuidados ao doente terminal.

O enfermeiro assume aqui um papel muito importante, pois tem a responsabilidade de potenciar a comunicação e as relações interpessoais existentes, com a finalidade de procurar compreender a pessoa/família, para os auxiliar a obter uma adaptação mais eficaz, face aos recursos de que dispõem. Por tudo isto torna-se fundamental a correcta e completa avaliação das necessidades dos familiares.

Perante a irreversibilidade da situação e a necessidade de assumir papeis para os quais pode não estar preparada a família vivencia diversos sentimentos:

Cólera contra a doença;

Cólera contra as circunstâncias;

Cólera contra as atitudes do médico;

Culpa (familiares que se censuram por não ter agido mais rapidamente);

Impotência perante os factos;

Incapacidade em lhes fazer face;

Ambivalência perante o desejo de ter o familiar vivo por longo período de tempo e simultaneamente o desejo de o não ver sofrer.

Importa ainda realçar que cada membro irá reagir individualmente perante a situação, o que por vezes leva a uma ruptura da estabilidade familiar (Moreira, 2001, pág. 26/27).

O impacto emocional que a família e o doente sofrem está relacionado com a própria:

*Personalidade* da família, doença, o seu tratamento e as relações com o doente.

**Relativamente à *personalidade* da família:**

Aceitação ou a negação da morte;

Sentimentos de indefesa;

Impotência por não poder fazer algo para evitar a morte;

Sentimentos de culpa – que podem ter a ver com relações anteriores com o doente;

Sentimentos de cansaço quando a fase terminal se prolonga no tempo;

**Dificuldades económicas consequentes à própria doença.**

**Relativamente à doença e ao seu tratamento** – estas relacionam-se com o diagnóstico, prognóstico e evolução da doença; presença de alguns sintomas e o inadequado controlo dos mesmos, principalmente a dor, náuseas, vómitos e debilidade física. A adaptação à perda de um familiar, sendo sempre difícil, também está relacionado com:

O grau de maturidade;

O enriquecimento existente no seio familiar;

A compreensão existente no seio familiar.

O enfermeiro em cuidados paliativos não assiste apenas o doente, a sua família/cuidadores também são parte integrante do cuidar. Assim, faz todo o sentido avaliar as necessidades destes, utilizando para tal instrumentos que avaliem e meçam as suas necessidades.

Hileman (1992) citado por Lopes e Pereira (2005, pág. 82 e 83), identificaram algumas das principais necessidades dos prestadores de cuidados, sendo elas:

- informação relativa sobre as razões subjacentes aos sintomas;
- informação sobre que sintomas esperar no futuro;
- informação sobre o tratamento dos efeitos secundários;
- informação sobre os recursos comunitários;
- meios para lidar com a imprevisibilidade no futuro;
- informação sobre a medicação (efeitos secundários);

- formas de cooperar na alteração de papéis;
- informação sobre as necessidades físicas do doente;
- providenciar ao doente a nutrição adequada;
- meios para tranquilizar o doente;
- meios para lidar com a diminuição de energia no doente;
- formas de encorajamento do doente;
- informação sobre as necessidades psicológicas do doente;
- métodos para diminuir o stress do prestador de cuidados;
- formas de cooperação no diagnóstico de cancro;
- actividades que farão o doente sentir-se importante;
- formas de aprender a ser mais paciente e tolerante;
- formas de lidar com a depressão do prestador de cuidados;
- manutenção de uma vida familiar normal;
- combater a fadiga;
- informação sobre o que esperar ao nível do prognóstico da doença;
- informação sobre o tipo e extensão da doença;
- abordagem da morte do paciente;
- lidar com os medos do prestador de cuidados.

Além disso as autoras, situam as necessidades sentidas pelas famílias dos doentes terminais a dois níveis:

- De escuta e expressão;
- De informação médica, psicológica e de cuidados.

Quando as autoras afirmam a necessidade de informação médica refere-se à informação sobre: o estado do doente; a evolução da doença; os possíveis tratamentos; as alterações dos projectos de vida do doente e família e quanto à informação a nível psicológico refere-se a meios para analisar as reacções do doente e sobre o que pode fazer por ele.

As autoras, apontam como necessidades da família:

- Estar e sentir-se acolhido a fim de reencontrar o seu lugar de acompanhante natural;
- Estar tranquilo acerca da qualidade de cuidados, sobre a atenção ao alívio dos sintomas, em particular da dor;
- Estar sempre informado sobre evolução dos sintomas e sobre os tratamentos instituídos, permitindo-lhe compreender e adaptar-se;

- Ser consultado sobre os hábitos e sobre as decisões a tomar;
- Estar orientado para se envolver na participação dos cuidados;
- Estar apoiado e poder exprimir cansaço, agonia e tristeza.

Em Cuidados Paliativos é muito importante que todo o trabalho desenvolvido seja interdisciplinar dirigido à reflexão, tendo sempre em linha de conta as quatro áreas chaves em Cuidados Paliativos que são:

- ❖ Controlo de Sintomas;
- ❖ Comunicação adequada;
- ❖ Trabalho em equipa Interdisciplinar;
- ❖ Apoio à Família.

Sendo o Apoio à Família uma peça muito importante no que se refere ao cuidar em Cuidados Paliativos. Só através da relação construída com utente/família/cuidador principal se atingirão cuidados de excelência e se esta for sedimentada numa relação de proximidade, confiança, respeito, etc.

Assim, o objectivo dos Cuidados Paliativos é de proporcionar melhor qualidade de vida aos doentes/família/cuidador evitando a sua desinserção familiar e social.

### 1.1 – A ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR DE ZARIT (BURDEN INTERVIEW SCALE) ESC

Existem diversos instrumentos padronizados para avaliar a sobrecarga, sendo o mais utilizado em termos internacionais a escala de sobrecarga do cuidador (ESC) de Zarit (Burden Interview Scale). Na sua versão original, era constituída por 29 questões, onde se incluíam aspectos relacionados com a saúde física e psicológica, recursos económicos, trabalho, relações sociais e a relação com o “receptor de cuidados”. Esta escala foi originalmente utilizada para medir a claudicação familiar nos cuidadores de doentes com demência, classificando-a em ausente, leve ou intensa.

Posteriormente, este instrumento foi revisto e reduzido o número de questões para 22 itens (Zarit e Zarit, 1983; Martín, 1996; Scazufca, 2002), com pontuações de 1 a 5, onde 1: nunca, e 5: quase sempre – que medem a sensação de sobrecarga experimentada pelo cuidador, o abandono do auto-cuidado quer em saúde quer na auto-imagem, o sentimento de vergonha pela presença ou comportamento do doente, o sentimento de

irritabilidade pela presença do doente, o medo pelos cuidados a prestar e pelo futuro do doente, a perda do papel social ou familiar, a alteração da economia causada pela doença e o sentimento de culpa por não fazer o suficiente. A escala é de auto-avaliação, mas na maior parte das situações, pelas características sócio-culturais dos cuidadores e/ou pela situação emocional vivenciada, deve ser avaliada pelos profissionais de saúde.

A escala apresenta um constructo multidimensional constituído por quatro factores (impacto da prestação de cuidados; relação interpessoal; expectativas com o cuidar e percepção de auto-eficácia).

É um instrumento que permite avaliar a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal e que inclui informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento.

Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4) e quase sempre = (5).

Em 2001, a escala foi reduzida de forma a avaliar a exaustão familiar em cuidados paliativos, sendo por eles definida como a situação de incapacidade dos elementos de uma família em oferecer uma resposta adequada às múltiplas necessidades e solicitações do doente. Conscientes da falta de tempo de que todos padecemos, os autores propuseram-se realizar uma Escala reduzida, de fácil utilização, adaptada aos familiares de doentes em cuidados paliativos, e não apenas aos familiares de doentes com demências, possuindo ainda alta sensibilidade e especificidade. O instrumento apresenta 7 itens (tabela1) com sensibilidade e especificidade de 100%, e permite identificar a exaustão familiar em cuidados paliativos, **presente se a soma da pontuação for superior ou igual a 17.**

Foram mantidas as dimensões de sobrecarga, auto-cuidado e perda do papel social ou familiar, sem risco de perder informação, uma vez que se mantêm as dimensões de maior relevância em cuidados paliativos, sendo as outras consideradas mais específicas para as situações dos cuidadores de doentes com demência. Assim, foram reduzidos os itens que exploravam as mesmas dimensões.

Com este instrumento reduzido, perde-se a discriminação entre claudicação leve ou intensa, e a possibilidade de comparar esta Escala com outras, já que as reduções encontradas na bibliografia estão destinadas apenas a doentes com demência.

As dimensões exploradas são:

Sobrecarga: itens 3, 9, 22 – escala reduzida 2, 4, 7 respectivamente

Auto cuidado: 2, 10 – escala reduzida 1, 5 respectivamente

Perda do papel social ou familiar: 6, 17 – escala reduzida 3, 6 respectivamente

## ESCALA DE ZARIT REDUZIDA

<b>1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/ doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?</b>				
<b>Nunca</b>	<b>Quase nunca</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Frequentemente</b>	<b>Quase sempre</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>2. Sente-se stressado/ angustiado por ter que cuidar do seu familiar/ doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex. Cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).</b>				
<b>Nunca</b>	<b>Quase nunca</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Frequentemente</b>	<b>Quase sempre</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>3. Acha que a situação actual afecta a sua relação com amigos ou outras elementos da família de uma forma negativa?</b>				
<b>Nunca</b>	<b>Quase nunca</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Frequentemente</b>	<b>Quase sempre</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/ doente?</b>				
<b>Nunca</b>	<b>Quase nunca</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Frequentemente</b>	<b>Quase sempre</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>5. Sente que a sua saúde tem-se visto afectada por ter que cuidar do seu familiar/</b>				

### 1.1.1 – Aplicação prática

Durante o meu estágio na Unidade de Cuidados Paliativos, no Hospital da Luz, a implementação desta escala era uma necessidade sentida, deste modo, pretendo dar início à sua aplicabilidade.

Após pesquisa, efectuei uma aplicação prática do instrumento a 5 famílias. Abordei o cuidador principal explicando o questionário e a sua importância tendo sempre em conta a necessidade da veracidade. Importa ainda explicar que não estamos a avaliar/julgar pretende-se apenas colaborar com as necessidades de cada um. Devo realçar que a receptividade foi ótima, todos estes cuidadores se disponibilizaram a preencher o instrumento. Senti outra necessidade que foi que todos os cuidadores que tiveram um índice baixo, isto é no nível das respostas escolhidas, sentiram necessidade de se justificar. Eles próprios descrevem os seus sentimentos naquelas circunstâncias (entrevista familiar grande, vivências anteriores, relacionamento um pouco distante) porque têm plena consciência que se fossem outras as respostas seriam diferentes.

O instrumento leva em média a preencher cerca de 10 minutos. Das 5 famílias, apenas uma apresentou exaustão (caso 4), com um valor de 24 valores, utilizando a classificação máxima na pergunta nº 1, 3 e 6 que tem a ver com auto-cuidado e perda do papel social ou familiar. É notória a necessidade de intervenção junto desta cuidadora e este questionário vem confirmar isso mesmo. Importa encontrar estratégias para diminuir esta exaustão. Seria importante discutir o assunto com a própria de forma a utilizar meios de minimização da exaustão. Não passar tanto tempo na unidade seria talvez um bom ponto de partida, se a mesma concordar. Conseguir com que esta volte-se a fazer algumas coisas que lhe dão prazer, por mais pequenas que fossem. O diálogo com esta senhora seria a principal medida a tomar para encontrar soluções. Marcar mais conferências familiares seria primordial, de forma a delinear, em conjunto, estratégias para diminuir a exaustão familiar. Validar o seu esforço e a sua coragem serão ainda medidas imprescindíveis.

### **Caso 1**

Identificação: Mulher 85 anos de idade;

Diagnóstico: demência;

Antecedentes pessoais: úlceras membros inferiores;

Data de internamento: 21/05;

Motivo de internamento: confusão/desorientação;

Família: marido embaixador apresentando também períodos de confusão desorientação, Genro e esposa bastante presentes.



ESC efectuado pelo genro – sem apresentar grau de exaustão, 12 Pontos (anexo 3).

O senhor justifica esta classificação por até então não ter estado bastante presente, não viver com a doente e por ser ainda uma fase inicial do processo. Reconhece que se o contexto fosse diferente os seus sentimentos seriam provavelmente diferentes.

## **Caso 2**

Identificação: Mulher 88 anos de idade;

Diagnóstico: Neoplasia do cólon com metástase hepáticas diagnosticada à um ano

Antecedentes pessoais: HTA, Doença Alzheimer;

Data de internamento: 03/05;

Motivo de internamento: sialorreia, vômito escuro, dor epigástrica e prurido;

Família: freira e vive com as irmãs, tem um irmão e afilhados responsáveis.

ESC efectuado por freira, uma das cuidadoras – sem apresentar grau de exaustão, 15 Pontos (anexo 4).

Esta senhora também sentiu necessidade de justificar os seus sentimentos, como alternam entre todas não apresentam nível de exaustão, mas refere que se fosse apenas ela como cuidadora os seus sentimentos não seriam estes.

## **Caso 3**

Identificação: Mulher 85 anos de idade;

Diagnóstico: leucemia linfocítica crónica;

Antecedentes pessoais: Amaurose bilateral, Demência com evolução 5 anos, HTA, Diabetes tipo II;

Data de internamento: 25/05;

Motivo de internamento: prostração e anorexia com evolução de 2 semanas;

Família: 2 filhas que alternavam a estadia no domicílio durante o fim-de-semana. Com cuidadora particular no domicílio e apoio domiciliário para higiene e enfermagem.

ESC efectuado por filha, uma das cuidadoras – sem apresentar grau de exaustão, 15 Pontos (anexo 5).

Esta senhora após preenchimento da escala, ao contrário das anteriores, não sentiu necessidade de justificar as suas escolhas.

**Caso 4**

Identificação: Mulher 73 anos de idade;

Diagnóstico: Neoplasia do pulmão com metástases hepáticas, ósseas e cerebrais múltiplas;

Antecedentes pessoais: HTA, Dislipidemia, gastrite crónica;

Data de internamento: 10/03 com anterior de 01/02 a 03/03

Motivo de internamento: ansiedade, sensação de aperto, dispneia e exaustão familiar;

Família: irmã muito presente, 2 filhos e 3 netos.

ESC efectuado por irmã, uma das cuidadoras – apresenta grau de exaustão, 24 Pontos (anexo 6). Análise efectuada anteriormente.

**Caso 5**

Identificação: Homem 81 anos de idade;

Diagnóstico: Neoplasia da laringe, carcinoma do pulmão;

Antecedentes pessoais: EAM à 10 anos com colocação de stent;

Data de internamento: 05/03;

Motivo de internamento: retenção urinária, recusa alimentar, sonolência e exaustão familiar;

Família: casado, esposa presente, 4 filhos tendo uma filha falecido aos 15 anos por leucemia, sobrinha presente.

ESC efectuado por esposa, uma das cuidadoras – sem apresentar grau de exaustão, 7 Pontos. (anexo 7).

Esta senhora sentiu enorme necessidade em justificar as suas escolhas. Refere que após o falecimento da filha ficou mais calma e tranquila com os acontecimentos da vida. Refere que acompanha o seu marido nesta fase sem ansiedade, com muita tranquilidade. O facto de estar neste internamento, nesta unidade especificamente, a tranquiliza.

## **2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O apoio da família, em cuidados paliativos, é de extrema importância para os doentes terminais. Deste modo, uma correcta e completa avaliação das necessidades da família do doente em fase terminal é fulcral para uma adequada intervenção transdisciplinar, em que o enfermeiro assume o papel de pivô nesta equipa, sendo muitas vezes este o elemento mais próximo da família, tendo em conta a sua globalidade de cuidados.

A aplicação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit (Burden Interview Scale) ESC, na sua forma reduzida, para aplicação em cuidados paliativos é imprescindível para avaliar a exaustão familiar. Colaborar com a família de forma a intervir nas suas necessidades leva aos enfermeiros, que trabalham em cuidados paliativos, uma correcta intervenção junto das mesmas. Esta escala permite isso mesmo ir de encontro às carências familiares, ajudando-os a superar os obstáculos, de forma a debelar as dificuldades.

Importa conhecer a sua correcta aplicabilidade, assim como o seu nível de avaliação. A escala garante as dimensões da sobrecarga, auto-cuidado e a perda do papel social dos cuidadores. Estas são sem dúvida as dimensões de maior importância em cuidados paliativos. Pelo facto de ser reduzida apenas existe avaliação de exaustão ou não exaustão. Recorrer à utilização de escalas com rigor científico pretende-se engrandecer a qualidade dos cuidados prestados ao doente e seus familiares/pessoas significativas.

Penso ter atingido os objectivos a que me propus no início deste trabalho, intervindo assim na melhoria da qualidade dos cuidados prestados na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz.

### 3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FIGUEIREDO, Daniela – **Cuidados familiares ao idoso dependente**. Climepsi, Lisboa, Setembro, 2007. ISBN: 978-972-796-276-1. 236 P

GORT, Ana M.; MARCH, Jaume; GÓMEZ, Xavier; MIGUEL, Mariano; MAZARICO, Silvia; BALLESTÉ, Jordi – Escala de Zarit reduzida en cuidados paliativos. **Medicina clínica**. Barcelona. 124(17): 651-3 2005, Mayo 7, p 651-653

LOPES, Cristiana; PEREIRA, Maria da Graça – **O doente oncológico e a sua família**. Climepsi Editores – 2º Edição, Lisboa, Setembro, 2005. ISBN 972-796-195-9. 146 P.

MOREIRA, Isabel Maria – **O doente terminal em contexto familiar. Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família**. Formasau, Coimbra, Setembro 2001. ISBN: 972-8485-22-0. 154 P

PETRONILHO, Fernando – **Preparação Do Regresso A Casa**. Formasau, Coimbra, Dezembro 2007 ISBN: 978-972-8485-91-7. 216 P.

PIMENTEL, Luísa – **O Lugar Do Idoso Na Família: Contextos E Trajectórias**. Quarteto, Coimbra, Setembro, 2001 ISBN: 972-8535-66-X. 244 p

SEQUEIRA, Carlos - Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit – **Referência**. Lisboa, II Série: 12 (Março 2010), P 9-16

TWYXCROSS, Robert – **Cuidados paliativos**. Climepsi Editores – 2º Edição, Lisboa, Novembro 2003. ISBN: 972-796-093-6

# Anexos

**Anexo 1 – Escala sobrecarga do cuidador (ESC) de Zarit 22 itens**

## scala de Zarit

Instrucciones. Después de leer cada frase, indique con qué frecuencia se siente usted de esa manera, escogiendo entre nunca, casi nunca, a veces, frecuentemente o casi siempre. No existen respuestas correctas o incorrectas. El resultado es la suma de las puntuaciones.

1.	¿Siente usted que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
2.	¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
3.	¿Se siente estresada(o) al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades? (P. ej., con su familia o en el trabajo)	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
4.	¿Se siente avergonzada(o) por el comportamiento de su familiar/paciente?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
5.	¿Se siente irritada(o) cuando está cerca de su familiar/paciente?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
6.	¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
7.	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
8.	¿Siente que su familiar/paciente depende de usted?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
9.	¿Se siente agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
10.	¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
11.	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
12.	¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar/paciente?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
13.	(Solamente si el entrevistado vive con el paciente.) ¿Se siente incómoda(o) para invitar amigos a su casa, a causa de su familiar/paciente?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
14.	¿Cree que su familiar/paciente espera que usted le cuide como si fuera la única persona con la que pudiera contar?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
15.	¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar/paciente, además de sus otros gastos?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
16.	¿Siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar/paciente durante mucho más tiempo?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
17.	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
18.	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar/paciente a otra persona?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
19.	¿Se siente insegura(o) a cerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
20.	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
21.	¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
22.	En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar/paciente?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5

**Anexo 2 – Escala sobrecarga do cuidador (ESC) de Zarit reduzida**



Por favor faça um círculo em volta do número que melhor descreve a intensidade dos seus sintomas **neste preciso momento**:

**1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/ doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?**

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

**2. Sente-se stressado/ angustiado por ter que cuidar do seu familiar/ doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex. Cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).**

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

**3. Acha que a situação actual afecta a sua relação com amigos ou outras elementos da família de uma forma negativa?**

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

**4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/ doente?**

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

**5. Sente que a sua saúde tem-se visto afectada por ter que cuidar do seu familiar/ doente?**

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

**6. Sente que tem perdido o controlo da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?**

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

**7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente?**

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

**Anexo 3 – Caso 1**



## Unidade De Cuidados Continuados e Paliativos

Por favor faça um círculo em volta do número que melhor descreve a intensidade dos seus sintomas **neste preciso momento**:

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/ doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

2. Sente-se stressado/ angustiado por ter que cuidar do seu familiar/ doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex. Cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

3. Acha que a situação actual afecta a sua relação com amigos ou outras elementos da família de uma forma negativa?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/ doente?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

5. Sente que a sua saúde tem-se visto afectada por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

6. Sente que tem perdido o controlo da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

**Anexo 4 – Caso 2**

## Unidade De Cuidados Continuados e Paliativos

Por favor faça um círculo em volta do número que melhor descreve a intensidade dos seus sintomas **neste preciso momento**:

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/ doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

2. Sente-se stressado/ angustiado por ter que cuidar do seu familiar/ doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex. Cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

3. Acha que a situação actual afecta a sua relação com amigos ou outras elementos da família de uma forma negativa?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/ doente?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

5. Sente que a sua saúde tem-se visto afectada por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

6. Sente que tem perdido o controlo da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

**Anexo 5 – Caso 3**



## Unidade De Cuidados Continuados e Paliativos

Por favor faça um círculo em volta do número que melhor descreve a intensidade dos seus sintomas **neste preciso momento**:

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/ doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

2. Sente-se stressado/ angustiado por ter que cuidar do seu familiar/ doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex. Cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

3. Acha que a situação actual afecta a sua relação com amigos ou outras elementos da família de uma forma negativa?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/ doente?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

5. Sente que a sua saúde tem-se visto afectada por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

6. Sente que tem perdido o controlo da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

**Anexo 6 – Caso 4**





## Unidade De Cuidados Continuados e Paliativos

Por favor faça um círculo em volta do número que melhor descreve a intensidade dos seus sintomas **neste preciso momento**:

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/ doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

2. Sente-se stressado/ angustiado por ter que cuidar do seu familiar/ doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex. Cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

3. Acha que a situação actual afecta a sua relação com amigos ou outras elementos da família de uma forma negativa?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/ doente?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

5. Sente que a sua saúde tem-se visto afectada por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

6. Sente que tem perdido o controlo da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

**Anexo 7 – Caso 5**

## Unidade De Cuidados Continuados e Paliativos

Por favor faça um círculo em volta do número que melhor descreve a intensidade dos seus sintomas **neste preciso momento**:

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/ doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

2. Sente-se stressado/ angustiado por ter que cuidar do seu familiar/ doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex. Cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

3. Acha que a situação actual afecta a sua relação com amigos ou outras elementos da família de uma forma negativa?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/ doente?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

5. Sente que a sua saúde tem-se visto afectada por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

6. Sente que tem perdido o controlo da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5



Anexo II – Acção formação Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit

### **Escala de Sobrecarga**

### **Do Cuidador de ZARIT**

### **Burden Interview Scale**

### **ESC**

#### *Índice Zarit - ESC*

#### **Objectivos :**

- Dar a conhecer Escala de Sobrecarga do Cuidador de ZARIT (Burden Interview Scale) ESC na sua forma reduzida;
- Realçar a importância da sua utilização;
- Realçar a importância do apoio familiar em cuidados paliativos;
- Demonstrar como se aplica a ESC.

#### *Índice Zarit - ESC*

- "No contexto sócio cultural actual, a família continua a desempenhar um papel fundamental e a ser a unidade básica em que nos desenvolvemos e socializamos. É essencialmente nela e com ela que cada indivíduo procura o apoio necessário para ultrapassar os momentos de crise que surgem ao longo do ciclo vital."

Moreira, 2001, pág. 19

#### *Índice Zarit - ESC*

- "impacto do diagnóstico de uma doença grave e a perda no seio de uma família, são vivências únicas influenciadas por um conjunto de factores relacionados com a própria doença, com o indivíduo, a família e o contexto sociocultural em que são vividos."

Moreira, 2001, pág. 26

*Índice Zarit - ESC*

Para a família desempenhar o seu papel de cuidadora, necessita de ser:

- apoiada na prestação dos cuidados;
  - informada adequadamente sobre as mudanças que ocorrem;
  - aprender a forma de actuação
- ➡ só assim o doente e a família podem assumir algum controle sobre a situação, diminuindo a angústia e ansiedade.

*Índice Zarit - ESC*

O enfermeiro assume aqui um papel muito importante:

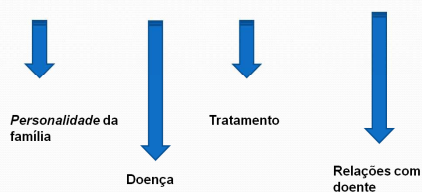
- responsabilidade de potenciar a comunicação;
- Fomentar as relações interpessoais existentes.

Finalidade de procurar compreender a pessoa/família  
Adaptação mais eficaz face aos recursos que dispõem

- Fundamental a correcta e completa avaliação das necessidades dos familiares

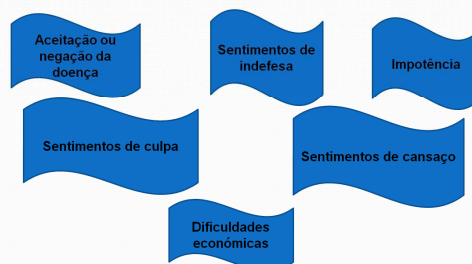
*Índice Zarit - ESC*

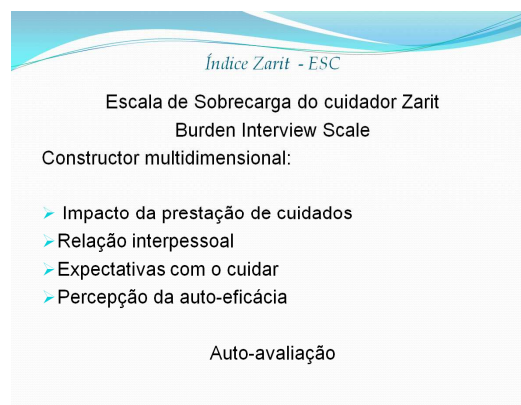
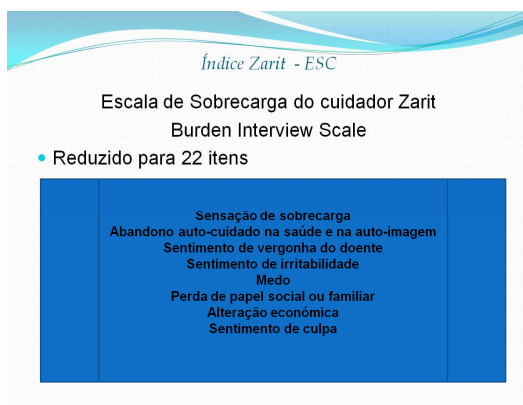
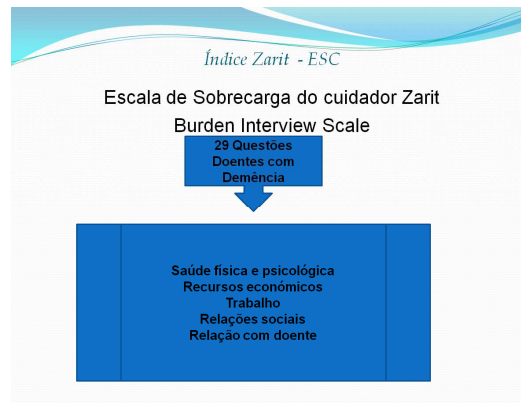
- O impacto emocional que a família e o doente sofrem está relacionado com a própria:



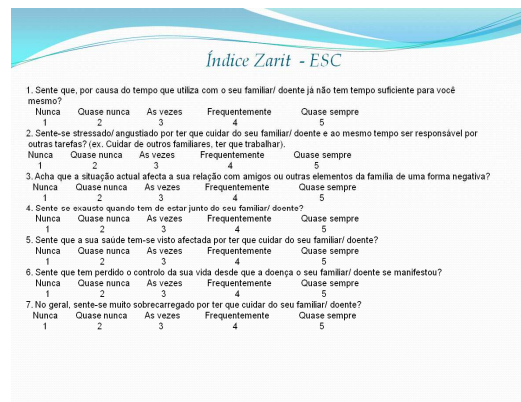
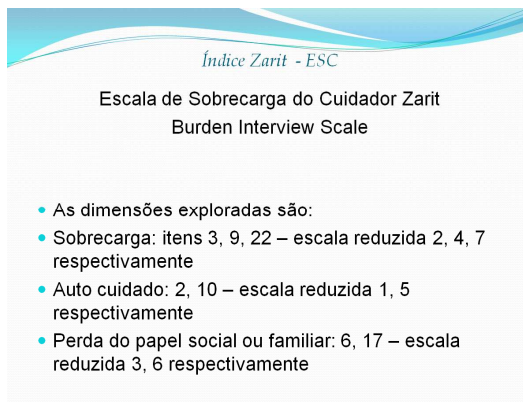
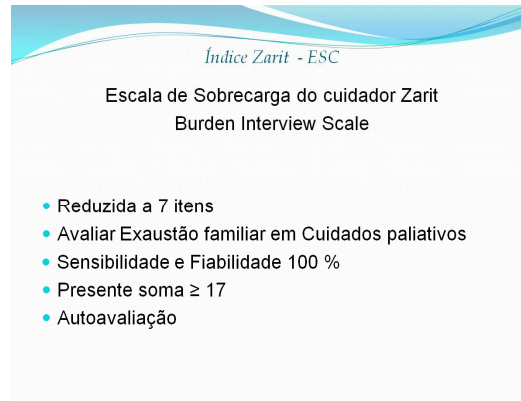
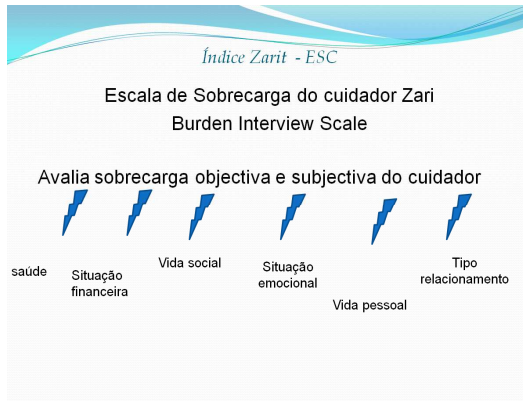
*Índice Zarit - ESC*

• **PERSONALIDADE DA FAMÍLIA**









*Índice Zarit - ESC*

**Caso**

- Identificação: Mulher 73 anos de idade;
- Diagnóstico: Neoplasia do pulmão com metástases hepáticas, ósseas e cerebrais múltiplas;
- Antecedentes pessoais: HTA, Dislipidemia, gastrite crónica;
- Data de internamento: 10/03 com anterior de 01/02 a 03/03;
- Motivo de internamento: ansiedade, sensação de aperto, dispneia e exaustão familiar;
- Família: irmã muito presente, 2 filhos e 3 netos.
- ESC efectuado por irmã, uma das cuidadoras.

*Índice Zarit - ESC*

- Aplicação a 5 famílias
- Apenas uma apresentou exaustão com 24 pontos
- classificação máxima na pergunta nº 1, 3 e 6



Auto  
cuidado



Perda papel  
social



Perda papel  
familiar

*Índice Zarit - ESC*

**Estratégias Diminuir Exaustão:**

- Marcar conferência familiar com cuidadora de forma a que em conjunto conseguissem delinear estratégias para:
- Diminuir a sua perda do papel social e familiar - não passar tanto tempo na unidade e iniciar algumas actividades que lhe dão prazer, de forma gradual.
- Validar o seu esforço, mas reforçar que voltar a cuidar de si também é importante para todos.

Obrigado pela atenção!



**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA**

- FIGUEIREDO, Daniela – **Cuidados familiares ao idoso dependente**. Climepsi, Lisboa, Setembro, 2007. ISBN: 978-972-796-276-1, 236 P.
- GORT, Ana M., MARCH, Jaume, GÓMEZ, Xavier, MIGUEL, Mariano, MAZARICO, Silvia, BALLESTÉ, Jordi – **Escala de Zarit reducida em cuidados paliativos**. *Medicina clínica*. Barcelona. 124(17): 651-3 2005, Mayo 7, p. 651-653
- LOPES, Cristiana, PEREIRA, Maria da Graça – **O doente oncológico e a sua família**. Climepsi Editores – 2ª Edição, Lisboa, Setembro, 2005. ISBN 972-796-195-9, 146 P.
- MOREIRA, Isabel Maria – **O doente terminal em contexto familiar. Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família**. Formasau, Coimbra, Setembro 2001. ISBN: 972-8485-22-0, 154 P.
- PETRONILHO, Fernando – **Preparação Do Regresso A Casa**. Formasau, Coimbra, Dezembro 2007 ISBN: 978-972-8485-91-7, 216 P.
- PIMENTEL, Lúcia – **O Lugar Do Idoso Na Família: Contextos E Trajectórias**. Quarteto, Coimbra, Setembro, 2001 ISBN: 972-8535-66-X, 244 p.
- SEQUEIRA, Carlos - Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit – **Referência**. Lisboa, II Série, 12 (Março 2010), P. 9-16
- TWYCRÖSS, Robert – **Cuidados paliativos**. Climepsi Editores – 2ª Edição, Lisboa, Novembro 2003. ISBN: 972-796-003-6

**DÚVIDAS**

Anexo III – Poster informativo às visitas da UCIP



# INFORMAÇÕES AOS VISITANTES

## UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES

### COMO PROCEDER PARA VISITAR O SEU FAMILIAR:

Deve dirigir-se ao secretariado

Se o secretariado estiver fechado  
**toque** à campainha e aguarde



### Horário das visitas

12:00h-15:00h e 16:30h-20:00h

*Se não lhe for possível cumprir  
este horário,  
fale com o enfermeiro  
do seu familiar*

São permitidas apenas três pessoas  
por visita de 5 a 10 minutos.

### RECOMENDAÇÕES AO VISITANTE:

- Cumprir o horário;
- Não trazer menores de 10 anos;
- Não trazer alimentos (apenas uma garrafa de água);
- Pode trazer objectos de higiene pessoal;
- Desligar o telemóvel;
- Antes da visita **lavar** as mãos com solução alcoólica;
- Vestir bata (se necessário colocar máscara e luvas).
- Durante a visita fale apenas com o seu familiar e num tom baixo.
- Depois da visita retire o equipamento de protecção (bata, máscara, luvas) e **lave novamente** as mãos com solução alcoólica.



A equipa de enfermagem está disponível para prestar informações, respeitando as normas éticas do segredo profissional e a vontade do doente se este estiver consciente.

As informações clínicas do doente serão fornecidas pelo médico ao familiar mais próximo e que será sempre o mesmo.

Na primeira visita deve deixar o seu contacto telefónico.

As informações por telefone só serão fornecidas em casos especiais, peça informações ao enfermeiro responsável.

Obrigado pela sua colaboração!






# INFORMAÇÕES AOS VISITANTES

## UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES

### COMO PROCEDER PARA VISITAR O SEU FAMILIAR:

Deve dirigir-se ao secretariado

Se o secretariado estiver fechado **toque** à campainha  e aguarde

#### Horário das visitas

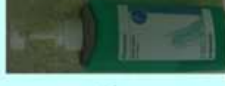
12:00h-15:00h e 16:30h-20:00h

*Se não lhe for possível cumprir este horário, fale com o enfermeiro do seu familiar*

São permitidas apenas três pessoas por visita de 5 a 10 minutos.

### RECOMENDAÇÕES AO VISITANTE:

- **Cumprir** o horário;
- **Não** trazer menores de 10 anos;
- **Não** trazer alimentos (apenas uma garrafa de água);
- **Pode** trazer objectos de higiene pessoal;
- **Desligar** o telemóvel;
- Antes da visita **lavar** as mãos com solução alcoólica;
- **Vestir** bata (se necessário colocar máscara e luvas).
- **Durante a visita** fale apenas com o seu familiar e num tom baixo.
- **Depois da visita** retire o equipamento de protecção (bata, máscara, luvas) e **lave novamente** as mãos com solução alcoólica.



A equipa de enfermagem está disponível para prestar informações, respeitando as normas éticas do segredo profissional e a vontade do doente se este estiver consciente.

As informações clínicas do doente serão fornecidas pelo médico ao familiar mais próximo e que será sempre o mesmo.

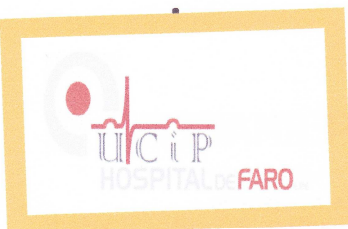
Na primeira visita deve deixar o seu contacto telefónico.

As informações por telefone só serão fornecidas em casos especiais, peça informações ao enfermeiro responsável.

Obrigado pela sua colaboração!

Anexo IV – Newsletter





## NESTA EDIÇÃO:

Nutrição Entérica	1
10 Estratégias para Melhorar os Cuidados de Enfermagem	2
Níveis de Evidência Científica	3
Agenda Científica	4
Na Internet	4



## Editorial:

No contexto de uma nova dinâmica de formação em serviço, a Enf.<sup>a</sup> Paula Costa, que efectuou o estágio de Especialização Em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, propôs a iniciação da elaboração desta *Newsletter*, que pretende-se que seja um veículo de partilha de informações, de conhecimentos e de melhoria das práticas, da qual beneficiamos todos e principalmente os doentes a quem prestamos cuidados. A 1.<sup>o</sup> edição é da responsabilidade desta ficando as seguintes da responsabilidade do Responsável pela Formação em Serviço, Enf.<sup>a</sup> Sérgio. Esperamos que todos possam ter uma palavra a dizer, já que este projecto tem potencialidades de crescer e de melhorar, com o envolvimento de toda a equipa de enfermagem.

Espera-se, que as edições seguintes sejam de consolidação desta nova forma de comunicar, nomeadamente, ao nível da melhoria da prestação de cuidados de enfermagem, que são a nossa principal esfera de competência e da partilha de conhecimentos/pesquisa.

Enf.<sup>a</sup> Paula Costa

# UCIP

# unitas

Edição 1  
Número 1

Novembro 2010  
Mensal

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

## NUTRIÇÃO ENTÉRICA

### Um Consenso para a Prática?

O doente crítico numa uci apresenta pelo menos uma falência de um órgão vital (pelo menos) colocando em risco a sua vida e, em muitas ocasiões, apresenta uma resposta catabólica exagerada especialmente se esta presente uma infecção, sépsis ou síndrome de resposta inflamatória sistémica.

A desnutrição é um dos focos de preocupação associada ao aumento de internamento. O início precoce da AE no doente crítico, apresenta várias vantagens, dentro das quais diminui o tempo de internamento. Após a agressão/traumatismo sucede-se 2 fases distintas: Fase de hipometabolismo ou Ebb phase – caracteriza-se por acontecer imediatamente após agressão, pode ser breve ou durar dias

Fase de hipermetabolismo ou Klew phase – caracteriza-se pela activação da cascata inflamatória pela libertação de factores pré-inflamatórios: citocinas ou interloquinas (antiagregantes plaquetários) o que vai provocar um aumento do gasto energético em repouso.

CIPE 2006 define **Nutrição** como um tipo de função com as características específicas: somatório de processos corporais e operações envolvidas no sustento, crescimento e estado nutricional do corpo como um todo, manutenção e reparação das células corporais, especialmente nos processos directamente envolvidos na ingestão, metabolismo e utilização dos nutrientes. (CIPE, 2006) O grupo de nutrição clínica, na sua última actualização (30.09.2010) define AE como sendo uma técnica de suporte nutricional pela qual se transporta substâncias nutritivas directamente ao aparelho digestivo por meio de sondas. É alternativa natural da nutrição oral desde que exista uma mucosa intestinal intacta. Define ainda os seguintes objectivos: administração adequada de nutrientes, promover uma nutrição o mais próximo do natural, preservar a flora e mucosa intestinal, prevenir o aparecimento de infecções e manter a motilidade do trato gastrointestinal.

"Estudos clínicos demonstram que a nutrição entérica de início precoce, iniciada nas primeiras 48h, diminui a incidência de infecções nasocomiais nestes doentes, mas não a mortalidade, excepto nos doentes cirúrgicos... Para que a nutrição precoce seja eficaz, é necessário um conjunto de estratégias que devem ser implementadas, desde as mais simples com elevação da cabeça, a mais sofisticadas como abordagem transporilórica e o uso de nutrientes com capacidade imunorreguladora." (Garcia e Grau, 2005, pag 93)

A nutrição entérica é considerada o método mais eficaz e económico para nutrir doentes críticos. Esta preserva melhor a barreira do intestino e a resposta imunológica local. A introdução precoce promove as trocas a nível da barreira intestinal. Os autores são unânimes a AE deve ser iniciada, 24h até 48h

após a agressão ou traumatismo, o mais precoce possível de forma a restabelecer o metabolismo do trato gastrointestinal. As vantagens são evidentes e é o método nutricional mais vantajoso. O estado nutricional afecta o prognóstico do doente crítico.

Por outro lado, a desnutrição associada a ausência de ingestão oral dá lugar a alterações da estrutura da mucosa intestinal e a um aumento da resposta inflamatória à patologia e a um aumento da morbilidade infecciosa. Não existe evidências de quanto tempo pode um paciente crítico sobreviver sem nutrição. No entanto, parece obvio que não administrar um suporte nutricional adequado pode agravar as carências preexistentes e facilitar o descontrolo provocado pela desnutrição.

As manifestações clínicas, mais frequentes, da desnutrição no doente crítico são:

- \*Aumento das infecções nasocomiais;
- \*Degradação da função respiratória;
- \*Aumento da mortalidade.

### Repercussões da desnutrição:

- \*Disfunção do trato digestivo (absorção)

- \*Alterações imunológicas

- \*Disfunção da musculatura respiratória
- \*Dificuldade de cicatrização de úlceras de pressão

- \*Aparecimento de úlceras de pressão

- \*Limitação do prognóstico

- \*Aumento do tempo de hospitalização

### Vantagens da AE

- \*Previne Atrofia da mucosa (pela presença de alimentos no trato intestinal)

- Modulando a renovação das células intestinais

- Estimulando a corrente sanguínea

- Estimulando a secreção hormonal

- \*Previne Translocação bacteriana – uma mucosa íntegra previne a atrofia intestinal e a translocação de elevadas concentrações de bactérias e endotoxinas.

- \*Mantém a integridade da mucosa – através da satisfação da maioria das necessidades energéticas para a renovação celular da mucosa intestinal (quando não existe alimento no tubo digestivo vai ocorrer uma diminuição da secreção de 2 hormonas: gastrina (promove/promove o crescimento da mucosa intestinal) e a colecistoquina (impede a estase biliar)

- \*Reduz a incidência de complicações sépticas devido à translocação bacteriana: Diminuição da resposta inflamatória isquémica ao diminuir a libertação exagerada de citocinas pelos neutrófilos intestinais e melhora a função imunitária do tecido linfóide do intestino.

- Existe uma regra simples para estabelecer as necessidades nutricionais que é a chamada Regra de Bolso, administrar 25 a 30 Kcal/Kg/Dia.

- \*Num doente obeso as necessidades nutricionais devem ser calculadas com base no peso ideal e não no real.

- \*Num doente emagrecido as necessida-

des nutricionais devem ser feitas com base no peso real e mais ou menos em 10 dias reavalia-se e faz-se novamente com base no peso ideal.

### Contra-indicações da AE

- Situações de choque severo
- Íleo paralítico
- Oclusão intestinal
- Perfuração gastrointestinal
- Hemorragia gastrointestinal grave
- Fistulas de alto débito

O grupo de nutrição clínica, na norma de procedimento de 30.09.2010 define orientações: iniciar nutrição com solução standard, de acordo com o esquema: 1.<sup>o</sup> Dia 500 ml a 20 ml/h; 2.<sup>o</sup> Dia 1000 ml a 40 ml/h; 3.<sup>o</sup> Dia 1500 ml a 60 ml/h; 4.<sup>o</sup> 1500 ml a 80 ml/h; 5.<sup>o</sup> Dia e seguintes 1500 ml a 100 ml/h. Preconiza o seguinte relativamente ao volume residual gástrico, que deve ser avaliado de 4 em 4h e reintroduzido: volume residual < 200 ml, iniciar/manter a administração da nutrição; volume residual = ou > 200 ml, reduzir o fluxo para metade do que está prescrito. O volume residual indica se o esvaziamento gástrico está ou não retardado. Um resíduo gástrico entre 100 a 200 ml não é significativo. Se na avaliação seguinte o volume residual for > 200 ml suspender a administração da nutrição e comunicar ao médico. Se houver interrupção da alimentação, não relacionada com o volume residual, recomenciar a nutrição ao ritmo prescrito anteriormente. Se houver interrupção relacionada com volume residual, ponderar o recomeço com ritmo inferior.

A AE em doentes críticos deve ser iniciada o mais precocemente possível pois para além de acarretar menos riscos de complicações sépticas, previne a atrofia da mucosa, mantém a sua integridade e previne a translocação bacteriana. O fornecimento de nutrientes específicos através da AE (imuno nutrição), origina uma resposta imunitária positiva por parte organismo. As contra indicações da AE devem ser analisadas cuidadosamente de modo a distinguir as absolutas das relativas. Os falsos diagnósticos de intolerância são frequentes e podem originar situações que apesar de contornáveis são apontadas como contra indicações a AE. A escolha da via de administração e o método de administração devem ser ponderados a adaptados à situação clínica do doente. Independentemente do tipo de alimentos e do método de administração utilizado, a aplicação de um protocolo de AE é uma decisão fundamental. Tem como objectivo melhorar a administração da AE através da uniformização de atitudes e critérios de actuação.

Norma de Procedimentos do Grupo de Nutrição Clínica

Adaptado por Enf.<sup>a</sup> Paula Costa



# 10 ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

1. Aumentar o conhecimento
2. Procurar sinais de alerta
3. Delinear uma estratégia
4. Focalizar a avaliação
5. Utilizar auxiliares clínicos
6. Usar os recursos de forma eficaz
7. Organizar
8. Deixar a tecnologia ajudar
9. Implementar melhores intervenções
10. Prevenir complicações

80% dos Enfermeiros (nos EUA) identificam a falta de recursos humanos e a falta de tempo como os principais obstáculos diários, que condicionam a sua prestação de Cuidados.

Surge então a necessidade de adoptar estratégias para fazer face a esta problemática, com vista à melhoria desses mesmos Cuidados.

**1. Aumentar o conhecimento:** Quanto mais souber, mais facilidade terá em reconhecer e tratar os problemas do doente, levando a menores complicações e a melhores resultados.

Aprenda da maneira mais fácil. A formação contínua não tem de estar associada a horas infinitas de sala de aula, com o recurso às novas tecnologias, a aprendizagem pode ser eficaz e divertida.

**2. Procurar sinais de alerta:** O que são sinais de alerta? São sinais e sintomas, por vezes subtis, que trazem um agravamento da situação clínica do doente.

Ao identificar um sinal de alerta, não o considere normal, nem o desvalorize, procure o problema real por detrás do sinal...

**3. Delinear uma estratégia:** O primeiro passo é elaborar uma lista dos problemas do doente e hierarquizá-los de acordo com a sua influência no estado clínico do mesmo. A gestão dos cuidados a prestar deve ser de acordo com a listagem anterior, assim como as interven-

ções a desenvolver devem ser objectivas face aos problemas identificados.

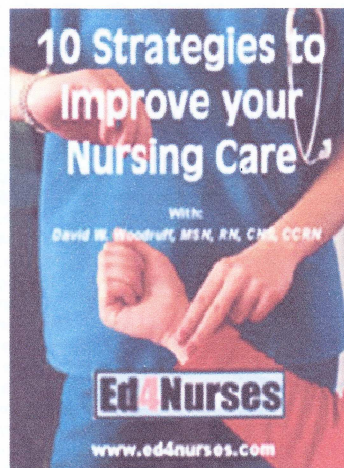
**4. Focalizar a avaliação:** Na prestação de cuidados ao doente crítico, torna-se vantajoso considerar o pior cenário possível. Por exemplo: O Sr. X está a sofrer um EAM, logo o pior cenário será um choque cardiogénico. Ao considerar o pior cenário, o enfermeiro fica desperto para os sinais e sintomas subtis associados ao mesmo, detectando-os precocemente e instituindo intervenções objectivas.

**5. Utilizar auxiliares clínicos:**

Adquira ou construa um Guia de Bolso com informação sobre situações menos comuns ou sobre as que detêm menos conhecimento e treino.

**6. Usar os recursos (enf<sup>os</sup>) de forma eficaz » 5 ideias – chave:**

1. Utilizar eficazmente os recursos:  
a) Identificar os pontos fortes de sua equipa; b) Delegar especificamente; c) Providenciar supervisão de tarefas específicas; d) Concentrar-se no que faz melhor; e) Enfatizar bons desempenhos; f) Cuidar do próprio e da sua equipa.



**2. Comunicação (o ponto-chave):**

a) Pedir informações específicas; b) Comunicar o plano definido; c) Manter uma comunicação aberta.

**3. Manter o contacto:**

a) Promover momentos de feedback; b) Transmitir confiança à equipa.

**4. Reavaliar a) A função atribuída a cada elemento está a ser eficaz? B) Como pode ser mais eficaz?**

c) Quem é a melhor pessoa para implementar a mudança?

**5. Reorganizar a) Não forçar a nomeação de funções; b) Reorgani-**

zar, se necessário.

**7. Organizar:** Repensar as estratégias tradicionais na Enfermagem. Antigos modelos podem funcionar em novos contextos.

Seja pró-activo, estabeleça a meta do final de cada turno, trabalhando em seguida para esse objectivo. Inicie os trabalhos pelas intervenções com maior impacto para o doente, aproveitando a sinergia de todos os colegas.

**8. Deixar a tecnologia ajudar:** Utilize todas as capacidades disponíveis dos monitores e equipamentos do serviço. Optimize a utilização dos recursos informáticos disponíveis para trabalhar, recorrendo à internet para procurar informação relevante face aos problemas do doente.

**9. Implementar melhores intervenções:** Identifique claramente os problemas na lista mencionada anteriormente, focalizando as intervenções. Olhe para a investigação para validar a prática (Prática Baseada na Evidência).

Tente conseguir a cooperação do doente e da família, recorrendo aos 6 "A" para a Promoção da Saúde:

1- Avaliar: faça uma boa colheita de dados do doente; 2- Abordagem: A calorosa, empática e sem preconceitos; 3- Aconselhar: Personalize os riscos e os benefícios para o doente, enfatizando a "qualidade de vida". 4- Acordo: O doente estará muito mais disposto a implementar mudanças se houver um acordo mútuo, baseado no compromisso. 5- Assistência: a independência do doente é preciosa, proporcione informação sobre os recursos adicionais disponíveis na comunidade; 6- Arranjar: Organizar o follow-up e os recursos associados à continuação do tratamento.

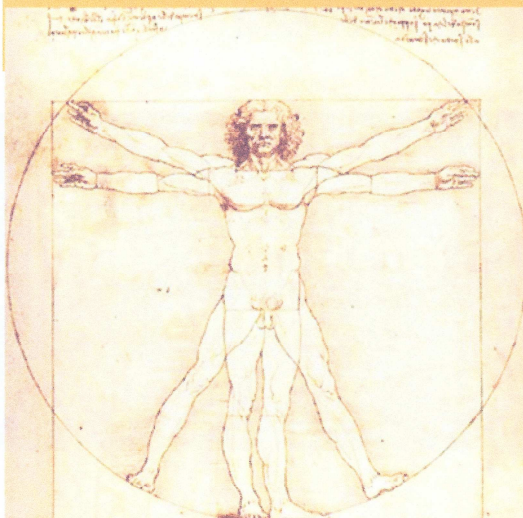
**10. Prevenir complicações:** Antecipar sempre o pior cenário possível, o que permite estar atento a alterações subtis do estado clínico do doente. Olhar para os parâmetros vitais de forma crítica, tentando correlacioná-los com as alterações em curso.

**Implementar estas estratégias permite maior confiança no desempenho diário, com melhores resultados.**

Adaptado por:  
Enf<sup>a</sup> Paula Costa



## NÍVEIS DE EVIDÊNCIA CIENTÍFICA



A prática baseada na evidência centra-se em sistemas de classificação de evidências científicas. Geralmente esses sistemas são hierarquizados de acordo com a abordagem metodológica adoptada para o desenvolvimento do estudo.

Na procura de um sistema que considere a produção do conhecimento científico em enfermagem (pesquisas quantitativas e qualitativas), destacam-se vários seguintes sistemas de classificação de evidências, mas de acordo com uma publicação de Melnyk BM, a qualidade das evidências é classificada em sete níveis.

**Nível 1**  
as evidências são provenientes de revisão sistemática ou meta-análise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de directrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados;

**Nível 2**  
evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado;

**Nível 3**  
evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização;

**Nível 4**  
evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controlo bem delineados;

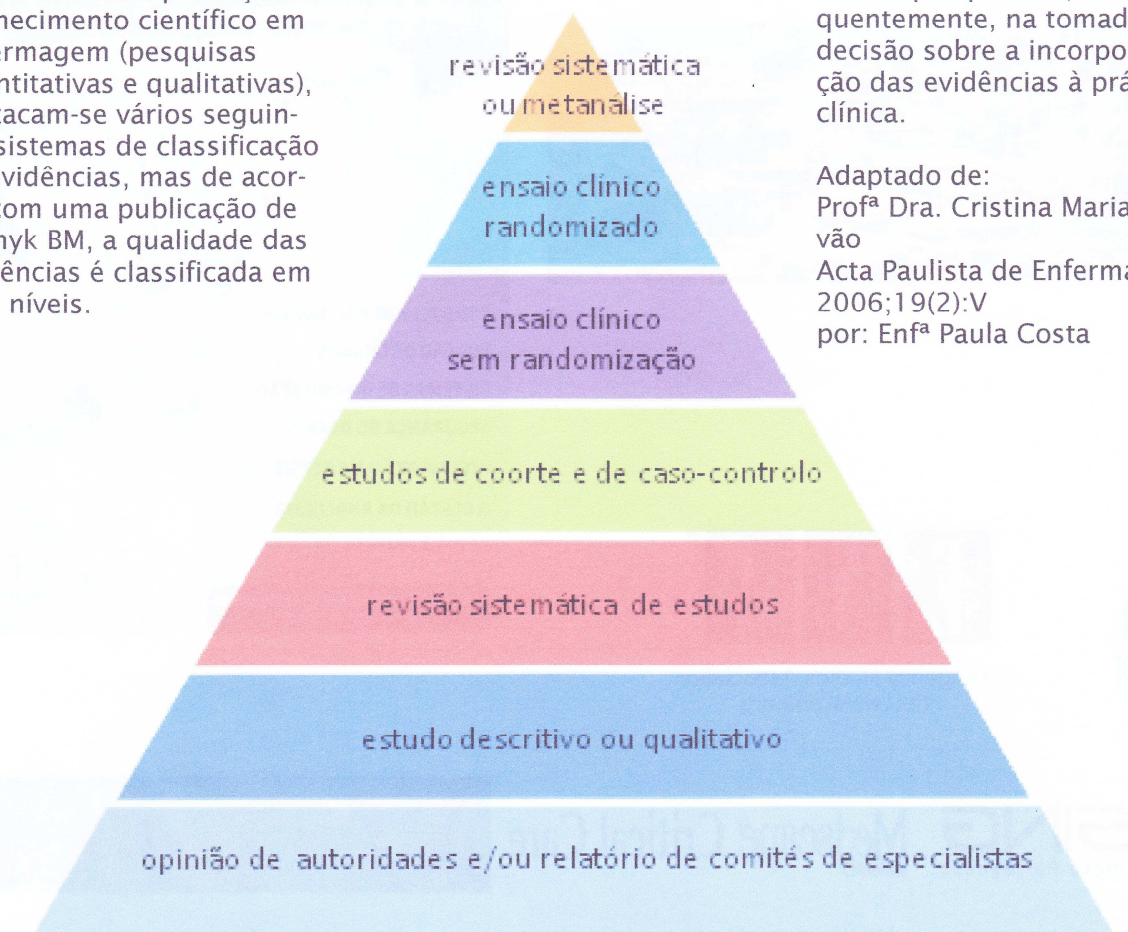
**Nível 5**  
evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;

**Nível 6**  
evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo;

**Nível 7**  
evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comités de especialistas.

O conhecimento destes sistemas de classificação de evidências proporciona ao enfermeiro uma avaliação crítica de resultados oriundos de pesquisas e, consequentemente, na tomada de decisão sobre a incorporação das evidências à prática clínica.

Adaptado de:  
Profª Dra. Cristina Maria Galvão  
Acta Paulista de Enfermagem  
2006;19(2):V  
por: Enfª Paula Costa







# Agenda

## Científica

Associação Portuguesa  
dos Enfermeiros de Reabilitação

**CONGRESSO NACIONAL DE 2010**  
**ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

*Acrescentar Qualidade de Vida*

**2-4 Dez | MADEIRA**  
HOTEL VILA GALÉ - SANTA CRUZ

Informações  
Inscrições (até 21/11):  
[www.aper.com.pt](http://www.aper.com.pt)  
965216765 | 964071304

Workshops  
Gratuitos  
(Sócios APER)

Pósteres  
Com. Livres

**II CONGRESSO NURSING**

FIL PAINÇEDIM, NAGÓES - LISBOA  
20-21 FEVEREIRO, 2011



**RESUSCITATION**  
**DECEMBER 2-4 2010**  
**PORTO PORTUGAL**



To preserve human life by making  
high quality resuscitation available to all



FÓRUM DE ENFERMAGEM

**URGÊNCIA e CUIDADOS INTENSIVOS**

PORTO, 19 e 20 de Novembro de 2010  
Auditório da Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto

CONSULTA DE FOLLOW-UP  
DOAÇÃO DE ÓRGÃOS  
SISTEMAS DE INFORMAÇÃO  
SEGURANÇA DO DOENTE  
INTERVENÇÃO NA SÉPSIS  
A GESTÃO DA ANALGESIA  
APOIO À FAMÍLIA

PROGRAMA E CONDIÇÕES DE INSCRIÇÃO EM  
[WWW.SIMASVITAIS.PT](http://WWW.SIMASVITAIS.PT)



Emergency Nurses Association  
<http://www.ena.org>

**NURSING**  
Edição Portuguesa

**Medscape Critical Care**  
from WMD

**Forum Enfermagem**

[www.nursingportuguesa.com](http://www.nursingportuguesa.com)

<http://www.medscape.com/criticalcare>

[www.forumenfermagem.org](http://www.forumenfermagem.org)



## SUPPLEMENT

Edição 1 | Número 1

Novembro 2010 | Mensal

## Título do bloco principal

Este bloco pode conter entre 175 e 225 palavras.

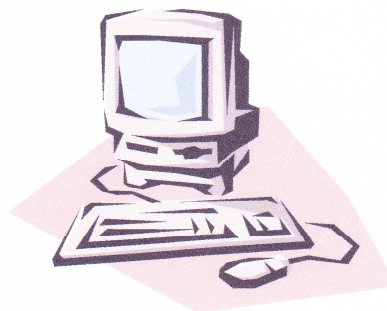
A finalidade de um boletim é fornecer informações especializadas a um público alvo. Os boletins podem ser o veículo ideal para publicitar os seus produtos ou serviços, bem como para criar credibilidade e estabelecer a identidade da sua organização entre empresas da concorrência, membros, funcionários ou fornecedores.

Primeiro, determine qual é o público a que se destina. O público pode ser qualquer pessoa que tire partido das informações; por exemplo, funcionários ou pessoas interessadas em adquirir um produto ou em contratar os seus serviços.

Pode compilar uma lista de correspondência a partir da correspondência recebida, de folhas de informações sobre os clientes, de cartões de visita recolhidos numa feira ou de listas de membros. Poderá adquirir uma lista de correspondência numa empresa.

Se explorar o catálogo do Publisher, irá descobrir várias publicações que correspondem ao estilo do boletim.

Estabeleça a quantidade de dinheiro e o tempo que pode gastar com o boletim. Estes factores irão ajudar a determinar a frequência com que o publica e a respectiva duração. Recomendamos que publique o seu



Legenda que descreve a imagem ou gráfico.

boletim, pelo menos, trimestralmente para que possa ser considerado como uma fonte de informação consistente.

### Nesta edição:

Bloco interior	2
Bloco interior	2
Bloco interior	2
Bloco interior	3
Bloco interior	4
Bloco interior	5
Bloco interior	6

## Título do bloco secundário

Este bloco pode conter entre 75 e 125 palavras.

O título é uma parte importante do boletim e deve ser planeado cuidadosamente.

Em poucas palavras, deve representar com exactidão o

conteúdo do bloco e chamar a atenção dos leitores para este. Crie o título antes de preencher o bloco. Deste modo, o título irá ajudá-lo a manter o tópico do bloco.

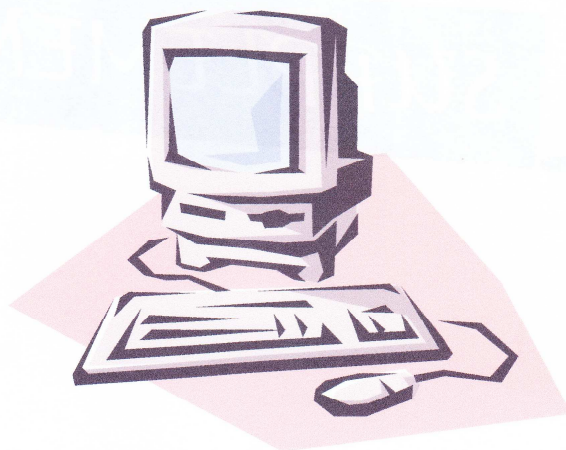
Os exemplos de títulos possíveis incluem Produto rece-

be prémio da indústria, Novo produto pode poupar-lhe tempo!, Número de respostas ultrapassa expectativas e Novo escritório inaugurado perto de si.

### Pontos de interesse especiais:

- **Descreva brevemente o seu ponto de interesse aqui.**
- **Descreva brevemente o seu ponto de interesse aqui.**
- **Descreva brevemente o seu ponto de interesse aqui.**
- **Descreva brevemente o seu ponto de interesse aqui.**

# Título do bloco da página de contracapa



Legenda que descreve a imagem ou gráfico.

# Título do bloco da página de contracapa

Este bloco pode conter entre 175 e 225 palavras.

Se o boletim for dobrado e enviado pelo correio, este bloco irá aparecer na parte de trás. Por este motivo, deve torná-lo fácil de ler de relance.

Uma sessão de perguntas e respostas é um bom meio para atrair a atenção dos leitores. Poderá compilar as perguntas que recebeu desde a última edição ou resumir algumas perguntas genéricas que sejam frequentemente colocadas sobre a sua organização.

Uma lista de nomes e cargos dos gestores da organização é um modo de dar um toque pessoal ao boletim. Se a organização for pequena, poderá indicar os nomes de todos os funcionários.

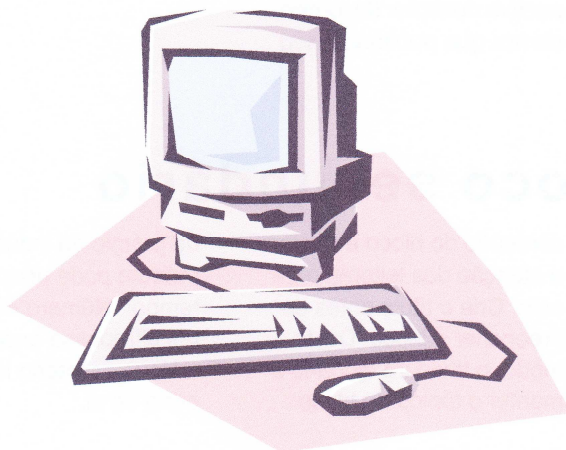
Se tiver preços de produtos ou serviços padrão, poderá incluí-los aqui. Poderá

indicar aos leitores outras formas de comunicação que tenha criado para a organização.

Poderá também utilizar este espaço para lembrar aos leitores de que devem

marcar nos calendários um determinado acontecimento regular, tal como uma reunião ao pequeno-almoço de fornecedores que ocorre todas as terças-feiras de cada mês ou um leilão de caridade bienal.


Se tiver espaço, pode inserir uma imagem de ClipArt ou qualquer outro gráfico.



Legenda que descreve a imagem ou gráfico.


Anexo V – Newsletter - uma aposta na formação






**Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente**

## NEWSLETTER UMA APOSTA NA FORMAÇÃO




Enf.ª Especialista Paula Vala, UCIP HF  
Enf.ª Graduada Paula Costa, Curso  
Especialização Médico-Cirúrgica da  
Universidade Católica

17/11/2010



NEWSLETTER  
UMA APOSTA NA FORMAÇÃO



**FORMAÇÃO EM SERVIÇO – UMA NOVA FORMA DE PARTILHAR**

**OBJECTIVO:**

- Implementação da Newsletter no contexto da formação em serviço.

**CONTEÚDOS:**

- Apresentação de novo cartaz de informação aos familiares;
- Apresentação da Newsletter;
- Elaboração de grupos de trabalho;
- Definição de papéis na elaboração de Newsletter.




**INFORMAÇÕES AOS VISITANTES**

**UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES**

**COMO PROCEDER PARA VISITAR O SEU FAMILIAR:**

Deve dirigir-se ao secretariado.

Se o secretariado estiver fechado toque à campainha e aguarde.

**Horário das visitas**

12:00h-15:00h e 16:30h-20:00h

Se não lhe for possível cumprir este horário, fale com o enfermeiro do seu familiar.

São permitidas apenas três pessoas por visita de 5 a 10 minutos.

**RECOMENDAÇÕES AO VISITANTE:**

Cumprir o horário.

Não trazer menores de 10 anos.

Não trazer alimentos (apenas uma garrafa de água).

Pode trazer objectos de higiene pessoal.

Desligar o telemóvel.

Antes da visita lavar as mãos com solução alcoólica.

Vestir bata (se necessário colocar máscara e luvas).

Durante a visita fale apenas com o seu familiar e num tom baixo.

Depois da visita retire o equipamento de protecção (bata, máscara, luvas) e lave novamente as mãos com solução alcoólica.



A equipa de enfermagem está disponível para prestar informações, respeitando as normas éticas do segredo profissional e a vontade do doente se este estiver consciente.

As informações clínicas do doente serão fornecidas pelo médico ao familiar mais próximo e que será sempre o mesmo.

Na primeira visita deve deixar o seu contacto telefónico.

As informações por telefone só serão fornecidas em casos especiais, peça informações ao enfermeiro responsável.

Obrigado pela sua colaboração!

**INFORMAÇÕES AOS VISITANTES**

**UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES**

**COMO PROCEDER PARA VISITAR O SEU FAMILIAR:**

Deve dirigir-se ao secretariado.

Se o secretariado estiver fechado toque à campainha e aguarde.

**Horário das visitas**

12:00h-15:00h e 16:30h-20:00h

Se não lhe for possível cumprir este horário, fale com o enfermeiro do seu familiar.

São permitidas apenas três pessoas por visita de 5 a 10 minutos.

**RECOMENDAÇÕES AO VISITANTE:**

- Cumprir o horário;
- Não trazer menores de 10 anos;
- Não trazer alimentos (apenas uma garrafa de água);
- Pode trazer objectos de higiene pessoal;
- Desligar o telemóvel;
- Antes da visita lavar as mãos com solução alcoólica;
- Vestir bata (se necessário colocar máscara e luvas);
- Durante a visita fale apenas com o seu familiar e num tom baixo;
- Depois da visita retire o equipamento de protecção (bata, máscara, luvas) e lave novamente as mãos com solução alcoólica.

A equipa de enfermagem está disponível para prestar informações, respeitando as normas éticas do segredo profissional e a vontade do doente se este estiver consciente.

As informações clínicas do doente serão fornecidas pelo médico ao familiar mais próximo e que será sempre o mesmo.

Na primeira visita deve deixar o seu contacto telefónico.

As informações por telefone só serão fornecidas em casos especiais, peça informações ao enfermeiro responsável.

Obrigado pela sua colaboração!

NEWSLETTER  
UMA APOSTA NA FORMAÇÃO

HOSPITAL  
do FARO

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – UMA NOVA FORMA DE PARTILHAR

NEWSLETTER

- ➔ O QUE É?
- ➔ COMO É CONSTITUÍDO?
- ➔ FINALIDADE ?

NEWSLETTER  
UMA APOSTA NA FORMAÇÃO

HOSPITAL  
do FARO

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – UMA NOVA FORMA DE PARTILHAR

NEWSLETTER

➔ O QUE É?

- Boletim informativo (*newsletter* em inglês), uma forma comunicar
- Publicação de distribuição regular (mensal) que aborda 1 ou mais temas
- Distribuído como mensagem electrónica
- Recepção via [Internet](#), email pessoal da cada elemento

NEWSLETTER  
UMA APOSTA NA FORMAÇÃO

HOSPITAL  
do FARO

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – UMA NOVA FORMA DE PARTILHAR

NEWSLETTER

A formação em contexto clínico justifica-se pela necessidade de aprender competências e partilhar saberes que, transpostos para o espaço do cuidar, resultem numa mais-valia para o profissional de saúde e para o utente (Carvalho, 1996).

NEWSLETTER  
UMA APOSTA NA FORMAÇÃO


HOSPITAL  
do FARO

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – UMA NOVA FORMA DE PARTILHAR


NEWSLETTER

Benner (2001: 40) refere-nos que “*uma boa descrição do conhecimento prático é essencial ao desenvolvimento e ao alargamento da teoria em enfermagem*”. Assim, parece-me que sendo a maioria dos problemas decorrentes da prática quotidiana, estes constituem-se como tema de análise e partilha.





NEWSLETTER  
UMA APOSTA NA FORMAÇÃO



FORMAÇÃO EM SERVIÇO – UMA NOVA FORMA DE PARTILHAR


NEWSLETTER

❑ A formação em serviço assume um papel fundamental na actualização dos conhecimentos e no aperfeiçoamento da prática de Enfermagem.


❑ Sendo um direito, é igualmente um dever dos profissionais e o seu sucesso depende do envolvimento de todos.

❑ É essencial a convergência entre interesses institucionais, realidade dos serviços e ambições individuais.

Monteiro, 2009



NEWSLETTER  
UMA APOSTA NA FORMAÇÃO



FORMAÇÃO EM SERVIÇO – UMA NOVA FORMA DE PARTILHAR

NEWSLETTER

Programa informático Publisher, Photoshop


↓ COMO É CONSTITUÍDO?

❖ 4 páginas


❖ 1ª página:

- Título Newsletter;
- Editorial;
- Índice.

Tema de capa;



NEWSLETTER  
UMA APOSTA NA FORMAÇÃO



FORMAÇÃO EM SERVIÇO – UMA NOVA FORMA DE PARTILHAR

NEWSLETTER


↓ COMO É CONSTITUÍDO?

❖ 2ª, 3ª página:


- Temas a abordar, livre escolha.

❖ 4ª página:

- Agenda científica;
- Informações da internet.



NEWSLETTER  
UMA APOSTA NA FORMAÇÃO



FORMAÇÃO EM SERVIÇO – UMA NOVA FORMA DE PARTILHAR

NEWSLETTER

↓ COMO É CONSTITUÍDO?

❖ Sempre que necessário é possível ser efectuado um suplemento com o nº de páginas que se achar pertinente.

❖ Na eventualidade de temas extensos podem ter continuidade nas edições seguintes, ou passados para o suplemento.

NEWSLETTER  
UMA APOSTA NA FORMAÇÃO

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – UMA NOVA FORMA DE PARTILHAR

NEWSLETTER

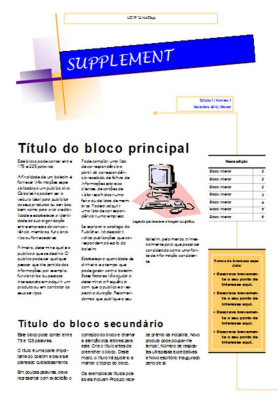
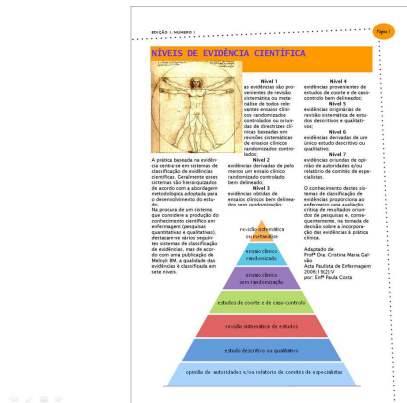
↗FINALIDADE

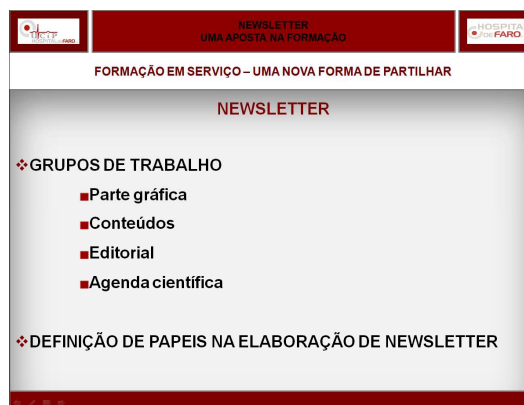
- ✓ Comunicação regular entre profissionais;
- ✓ Partilha de conhecimentos e pesquisa;
- ✓ Colaboração activa de todos na melhoria da prática dos cuidados.

NEWSLETTER  
UMA APOSTA NA FORMAÇÃO


FORMAÇÃO EM SERVIÇO – UMA NOVA FORMA DE PARTILHAR








## Anexo VI – Alimentação Entérica - um consenso para prática




Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

## ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA - - UM CONSENSO PARA PRÁTICA




Enf.ª Especialista Paula Vala, UCIP HF  
Enf.ª Graduada Paula Costa, Curso  
Especialização Médico-Cirúrgica

11/11/2010



ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA




FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM


**OBJECTIVO:**  
Reflexão acerca das linhas orientadoras para a prática da Alimentação Entérica

**CONTEUDOS:**

- Apresentação do consenso da comissão de nutrição do Hospital de Faro;
- Reflexão sobre a prática da Nutrição Entérica á luz do conhecimento actual




ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA




FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

### NUTRIÇÃO

Tipo de função com características específicas: somatório de processos corporais e operações envolvidas no sustento, crescimento e estado nutricional do corpo como um todo, manutenção e reparação das células corporais, especialmente nos processos directamente envolvidos na ingestão, metabolismo e utilização dos nutrientes. (CIPE, 2006)



ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA



FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

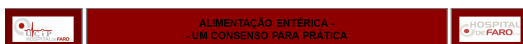
### DEFINIÇÃO AE

É a técnica de suporte nutricional pela qual se transportam substâncias nutritivas directamente ao aparelho digestivo. É a alternativa natural da nutrição oral desde que exista uma mucosa intestinal intacta.

**OBJECTIVOS**

- ☐Administração adequada de nutrientes
- ☐Promover uma nutrição o mais próximo do natural
- ☐Preservar a flora e mucosa intestinal
- ☐Prevenir o aparecimento de infecções
- ☐Manter a motilidade do tracto gastrointestinal

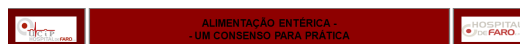
Norma Procedimento versão 30/09/2010



FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

### TERAPIA NUTRICIONAL NO DOENTE CRÍTICO

Ao longo dos últimos anos, a importância da alimentação entérica, com todas as suas vantagens a nível nutricional, metabólico e imunológico em doentes críticos, tem sido alvo de grande interesse por parte de todo o pessoal da saúde.

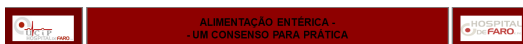


FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

### TERAPIA NUTRICIONAL NO DOENTE CRÍTICO

Estudos clínicos demonstram que a AE deve ser iniciada o mais precocemente possível, nas 1ª 24 a 48 h. No entanto, para que esta seja eficaz é necessário um conjunto de estratégias que devem ser implementadas, desde as mais simples com elevação da cabeceira, a mais sofisticadas como abordagem transpilórica e o uso de nutrientes com capacidade imunorreguladora.

Garcia e Grau, 2005



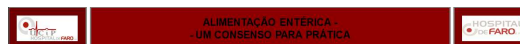
FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

### TERAPIA NUTRICIONAL NO DOENTE CRÍTICO

#### Repercussões da desnutrição

A desnutrição associada a ausência de ingesta oral dá lugar a:

- ☐ Alterações da estrutura da mucosa intestinal
- ☐ Aumento da resposta inflamatória à patologia
- ☐ Aumento da morbilidade infecciosa



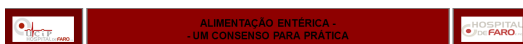
FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

### TERAPIA NUTRICIONAL NO DOENTE CRÍTICO

#### Repercussões da desnutrição

Manifestações clínicas mais frequentes:

- ☐ Disfunção da musculatura respiratória
- ☐ Dificuldade de cicatrização das feridas
- ☐ Aparecimento de úlceras de pressão
- ☐ Limitação do prognóstico
- ☐ Aumento do tempo de hospitalização



ALIMENTAÇÃO ENTERICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA

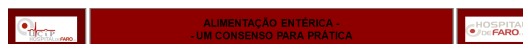
FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

#### TERAPIA NUTRICIONAL NO DOENTE CRÍTICO

##### Repercussões da desnutrição

Manifestações clínicas mais frequentes:

- ☐ Degradação da função respiratória
- ☐ Aumento das infecções nasocomiais
- ☐ Aumento da mortalidade
- ☐ Disfunção do tracto digestivo (absorção)
- ☐ Alterações imunológicas



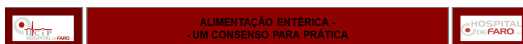
ALIMENTAÇÃO ENTERICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA

FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

#### TERAPIA NUTRICIONAL NO DOENTE CRÍTICO

##### Repercussões da desnutrição

Não existe evidências de quanto tempo pode um paciente crítico sobreviver sem nutrição. No entanto, parece obvio que não administrar um suporte nutricional adequado pode agravar as carências preexistentes e facilitar o descontrolo provocado pela desnutrição.



ALIMENTAÇÃO ENTERICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA

FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

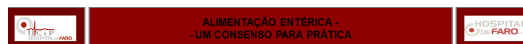
#### VANTAGENS DA ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA

##### ☐ Previne a atrofia da mucosa:

modulando a renovação das células intestinais  
estimulando a corrente sanguínea  
estimulando a secreção hormonal

##### ☐ Previne a translocação bacteriana:

uma mucosa íntegra previne a translocação de levadas  
concentrações de bactérias e endotoxinas.



ALIMENTAÇÃO ENTERICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA

FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

#### VANTAGENS DA ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA



##### ☐ Mantém a integridade da mucosa:

através da satisfação da maioria das necessidades  
energéticas para a renovação celular da mucosa intestinal

##### ☐ Reduz a incidência de complicações sépticas:

diminui o risco de infecção de cateteres centrais  
aumenta a secreção da IgA



 **ALIMENTAÇÃO ENTERICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA** 



**FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

**TERAPIA NUTRICIONAL NO DOENTE CRÍTICO**

**CONTRA-INDICAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA**

- ☐ Situações de choque severo
- ☐ Íleo Paralítico
- ☐ Oclusão intestinal
- ☐ Perfuração gastrointestinal
- ☐ Hemorragia gastrointestinal grave
- ☐ Fístulas de alto débito

Norma Procedimento versão 30/09/2010



 **ALIMENTAÇÃO ENTERICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA** 

**FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

**TERAPIA NUTRICIONAL NO DOENTE CRÍTICO**

**COMPLICAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA**

- ☐ Deslocação/obstrução da sonda
- ☐ Lesões da nasofaringe
- ☐ Diarreia, obstipação
- ☐ Hipo/hiperglicémia
- ☐ Desequilíbrio hidro-electrolítico
- ☐ Pneumonia de aspiração
- ☐ Náuseas, vômitos, distensão abdominal



 **ALIMENTAÇÃO ENTERICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA** 

**FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

**TERAPIA NUTRICIONAL NO DOENTE CRÍTICO**

**VIAS DE ADMINISTRAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA**



- ☐ Sonda nasogástrica
- ☐ Sonda nasoentérica: duodenal ou jejunal
- ☐ Gastrostomias
- ☐ Jejunostomias

 **ALIMENTAÇÃO ENTERICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA** 

**FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES**

- Intolerância alimentar (aumento do resíduo gástrico)
- Vômitos e regurgitação
- Distensão abdominal
- Broncoaspiração
- Obstrução da sonda
- Erosão das mucosas
- Diarreia
- Complicações infecciosas (pneumonia de aspiração)



 **ALIMENTAÇÃO ENTERICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA** 

FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

**PAPEL DO ENFº NA PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA DE  
COMPLICAÇÕES**

Ao alimentar entericamente um doente existem determinados conceitos que tem que ser pré-estabelecidos, sendo um dos mais importantes o da **intolerância alimentar**.

Norma Procedimento versão 30/09/2010



 **ALIMENTAÇÃO ENTERICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA** 

FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

**PAPEL DO ENFº - ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO**

- Monitorizar peso e altura do indivíduo antes de iniciar a nutrição e posteriormente monitorizar peso uma vez por semana
- Elevar a cabeceira até 45°, ou colocar o doente em posição de Semi-Fowler.

Norma Procedimento versão 30/09/2010

 **ALIMENTAÇÃO ENTERICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA** 



FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

**PAPEL DO ENFº - ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO**

Iniciar nutrição com solução *standard*, de acordo com o esquema:

- 1º Dia 500 ml a 20 ml/h.
- 2º Dia 1000 ml a 40 ml/h
- 3º Dia 1500 ml a 60 ml/h
- 4º Dia 1500 ml a 80 ml/h
- 5º Dia e seguintes 1500 ml a 100 ml/h

Norma Procedimento versão 30/09/2010

 **ALIMENTAÇÃO ENTERICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA** 


FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

**PAPEL DO ENFº - ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO**


Verificar o volume do aspirado gástrico de 4 em 4 horas e reintroduzir o volume aspirado:

- Volume residual < 200 cc, iniciar/manter a administração da nutrição
- Volume residual = ou > 200 cc, reduzir fluxo para metade do que está prescrito

Norma Procedimento versão 30/09/2010



ALIMENTAÇÃO ENTERICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA




FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

**PAPEL DO ENFº - ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO**


O volume residual indica se o esvaziamento gástrico está ou não retardado. Um resíduo gástrico entre 100 e 200 cc não é significativo

Se na avaliação seguinte volume residual = ou > a 200 cc suspender administração da nutrição e comunicar ao médico

Norma Procedimento versão 30/09/2010



ALIMENTAÇÃO ENTERICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA




FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

**PAPEL DO ENFº - ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO**


Se houver interrupção da alimentação, não relacionada com volume residual, recomeçar nutrição ao ritmo prescrito anteriormente

Se houver interrupção da alimentação relacionada com volume residual, ponderar recomeço com ritmo inferior.

Norma Procedimento versão 30/09/2010



ALIMENTAÇÃO ENTERICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA



FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM


**PAPEL DO ENFº - ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA**

A administração de fármacos triturados, através da sonda provoca complicações, nomeadamente alterações nas propriedades farmacocinéticas do medicamento e desconforto gastro-intestinal.


☐ Parar a administração da nutrição

☐ Lavar a sonda com 15 a 30 ml de água antes e após a administração de cada fármaco

Norma Procedimento versão 30/09/2010



ALIMENTAÇÃO ENTERICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA



FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

**PAPEL DO ENFº - ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA**


☐ Soluções de medicamentos altamente concentradas devem ser diluídas em 60 a 90 ml de água.

☐ Cada medicamento deve ser dado individualmente


☐ Lavar a sonda com 15 ml de água entre cada administração

☐ Reiniciar a alimentação.

Norma Procedimento versão 30/09/2010



ALIMENTAÇÃO ENTERICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA




FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM


**VERIFICAÇÃO DE VOLUME RESIDUAL GÁSTRICO (VRG)**

- “Se Volume residual gástrico < 200ml – instalar a AE;
- Se Volume residual gástrico > 200ml: - não instalar a AE;
- observar se há distensão abdominal, desconforto, dor ou náuseas;
- Administrar medicação gastro cinética de acordo com prescrição médica

Dreyer, E. et al (2003) – Terapia Nutricional – Cuidados de Enfermagem, Procedimentos padronizados para pacientes Adultos - Grupo de apoio nutricional, equipe multiprofissional de terapia nutricional, Hospital das Clínicas, UNICAMP



ALIMENTAÇÃO ENTERICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA




FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

**VERIFICAÇÃO DE VOLUME RESIDUAL GÁSTRICO (VRG)**

Repetir controle após 1 hora:

- Se Volume residual gástrico < 200ml – instalar a AE;
- Se Volume residual gástrico > 200ml: - Solicitar a avaliação médica e em caso de suspensão da AE neste horário, reavaliar o paciente no próximo horário”

Dreyer, E. et al (2003) – Terapia Nutricional – Cuidados de Enfermagem, Procedimentos padronizados para pacientes Adultos - Grupo de apoio nutricional, equipe multiprofissional de terapia nutricional, Hospital das Clínicas, UNICAMP



ALIMENTAÇÃO ENTERICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA




FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

**VERIFICAÇÃO DE VOLUME RESIDUAL GÁSTRICO**


- “Um VRG elevado não é motivo para suspender a NE. Correlacionar os valores do VRG com o quadro clínico apresentado;

VRG > 500ml – é geralmente indicação para suspender a NE”

Dreyer, E. et al (2003) – Terapia Nutricional – Cuidados de Enfermagem, Procedimentos padronizados para pacientes Adultos - Grupo de apoio nutricional, equipe multiprofissional de terapia nutricional, Hospital das Clínicas, UNICAMP



ALIMENTAÇÃO ENTERICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA

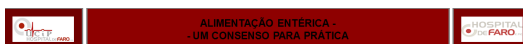


FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

**VERIFICAÇÃO DE VOLUME RESIDUAL GÁSTRICO**

- A ocorrência de VRG elevados (maiores de 200 e menores de 500ml) não significa obrigatoriamente que o doente tenha de permanecer em jejum, mas que cuidados redobrados são necessários na infusão e monitorização da NE, para evitar a aspiração pulmonar (diminuir o gotejamento da NE, elevar o decúbito, monitorizar atentamente o VRG e a distensão abdominal);

Dreyer, E. et al (2003) – Terapia Nutricional – Cuidados de Enfermagem, Procedimentos padronizados para pacientes Adultos - Grupo de apoio nutricional, equipe multiprofissional de terapia nutricional, Hospital das Clínicas, UNICAMP



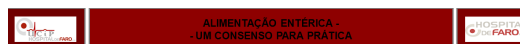
ALIMENTAÇÃO ENTERICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA

FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

#### VERIFICAÇÃO DE VOLUME RESIDUAL GÁSTRICO

Garcia e Grau, 2005

- ✓ Volume residual < 200 cc, iniciar/manter a administração da nutrição
- ✓ Volume residual > 200 cc, em duas aspirações consecutivas a iniciar a administração de procinéticos: - Manter a AE
- ✓ Volume residual gástrico > 500 cc apenas numa aspiração, retirar a AE



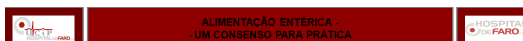
ALIMENTAÇÃO ENTERICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA

FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

#### VERIFICAÇÃO DE VOLUME RESIDUAL GÁSTRICO

Nacional Collaborating Center for Acute Care, 2006

- ✓ Volume residual < 200 cc, iniciar/manter a administração da nutrição
- ✓ Volume residual > 200 cc a 300 cc iniciar a administração de procinéticos: - e diminuir a AE
- ✓ Volume residual gástrico > 400 cc apenas numa aspiração, retirar a AE



ALIMENTAÇÃO ENTERICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA

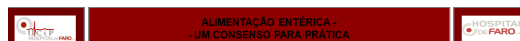
FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

#### VERIFICAÇÃO DE VOLUME RESIDUAL GÁSTRICO

ASPEN (Enteral Nutrition Practice Recommendations), 2009

A AE deve ser iniciada a 10-40 ml/h, fazendo um aumento de 10 a 20ml/h a cada 8-12h, consoante a tolerância.

- ✓ Volume residual < 200 cc, iniciar/manter a administração da nutrição
- ✓ Volume residual > 200 cc a 300 cc iniciar a administração de procinéticos: - e diminuir a AE
- ✓ Volume residual gástrico > 400 cc apenas numa aspiração, retirar a AE



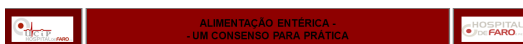
ALIMENTAÇÃO ENTERICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA

FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

#### SÍNTESE

❖ A AE em doentes críticos deve ser iniciada o mais precocemente possível pois para além de acarretar menos riscos de complicações sépticas, previne a atrofia da mucosa, mantém a sua integridade e previne a translocação bacteriana.

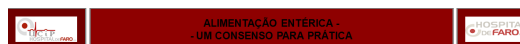
❖ O fornecimento de nutrientes específicos através da AE (imuno nutrição), origina uma resposta imunitária positiva por parte do organismo.



FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

SÍNTESE

❖ As contra-indicações da AE devem ser analisadas cuidadosamente de modo a distinguir as absolutas das relativas. Os falsos diagnósticos de intolerância são frequentes daí a importância do consenso para a prática da AE baseada na evidência científica.

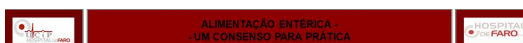


FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

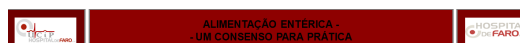
SÍNTESE

❖ A escolha da via de administração e o método de administração devem ser ponderados e adaptados à situação clínica do doente.

❖ Independentemente do tipo de alimentos e do método de administração utilizado, a aplicação de um protocolo de AE é uma decisão fundamental. Tem como objectivo melhorar a administração da AE através da uniformização de atitudes e critérios de actuação.




FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM




FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM






ALIMENTAÇÃO ENTERICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA




FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ASPEN – Jornal of Parenteral and Enteral Nutrition, Vol 33, nº2, March/April 2009
- DREYER, E. et al (2003) – Terapia Nutricional – *Cuidados de Enfermagem, Procedimentos padronizados para pacientes Adultos - Grupo de apoio nutricional, equipe multiprofissional de terapia nutricional*, Hospital das Clínicas, UNICAMP
- FERREIRA, Iara - Terapia Intensiva. Rev.Bras. Terapia Intensiva, Vol 19, nº1 – Janeiro-Março 2007



ALIMENTAÇÃO ENTERICA -  
- UM CONSENSO PARA PRÁTICA



FOCOS DA PRÁTICA SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- GRAU e GARCIA VILA – La nutrição enteral precoz en el enfermo grave. Revista Nutrição Hospitalaria, 2005
- HARRISON et al – Medicina Interna – 15ª ed. Rio de Janeiro, McGraw-Hill, 2002. Vol I.p. 497-506.
- ROSA et al- Nutrição Entérica em Cuidados Intensivos, Artigo de Revisão, Julho/Agosto 2005